

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2011

Barbora Krankusová

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Barbora Krankusová

Zneužívání návykových látek u žen s poruchou příjmu potravy

Drug Abuse In Women suffering from Eating Disorder

vedoucí diplomové práce

Praha 2011

PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování:

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za cenné připomínky a podněty, kterými přispěla ke vzniku mé diplomové práce. Dále děkuji své matce PhDr. Pavle Kuncové za pomoc se získáváním klientek pro kvalitativní rozhovory, své sestře MUDr. Alžbětě Kubištové za konzultace a připomínky a svému manželovi Mgr. Martinu Krankusovi za podporu a pomoc s technickou realizací dotazníkového šetření.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 26. 7. 2011

Abstrakt:

Tato diplomová práce se zabývá zneužíváním návykových látek u žen s poruchou příjmu potravy. V teoretické části vymezuje samotný pojem poruchy příjmu potravy, a dále se stručně zabývá jejich příčinami, osobností patientek a běžně se přidružujícími a komplikujícími diagnózami. Poté vymezuje pojem závislost a nastiňuje některé z možných vlivů na její rozvoj. Dále charakterizuje běžně zneužívané látky a jejich souvislost s poruchami příjmu potravy.

Empirická část je tvořena kvantitativním výzkumem, který je založen na dotazníkovém šetření předkládaném on-line účastnicím diskusních serverů zaměřených na poruchy příjmu potravy. Ten je doplněn o kvalitativní výzkum v podobě osobního polostrukturovaného rozhovoru s ženami s poruchou příjmu potravy.

Abstract:

This thesis concerns addictive substance abuse in women suffering from eating disorders. In the theoretical part it defines the term *eating disorder* itself and furthermore briefly works with the cause of these disorders, patients' personality and commonly associating complicating diagnoses. Afterwards it defines the term *addiction* and illustrates some of the possible influences on development. Then it characterises commonly abused substances and their relation with eating disorders.

The empirical part consists of quantitative research, which is based on an questionnaire survey given on-line to participants in discussion forums on websites concerning eating disorders. It is supplemented with qualitative research based on personal semi-structured interview with women suffering from eating disorders.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, zneužívání návykových látek, závislost

Key words: eating disorders, substance abuse, addiction

OBSAH

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
I PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	10
1 Historie poruch příjmu potravy.....	10
2 Vymezení poruch příjmu potravy	11
2.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie	11
2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie.....	12
2.3 Nespecifické poruchy příjmu potravy.....	12
3 Etiopatogenetické faktory poruch příjmu potravy	14
3.1 Biologické faktory	14
3.2 Psychologické faktory.....	15
3.3 Sociální a kulturní faktory	20
4 Osobnost pacientek s poruchou příjmu potravy	22
4.1. Emocionalita	22
4.2 Sebevědomí.....	23
4.3 Sebekontrola	24
4.4 Sociální self.....	26
4.5 Sexualita a rodičovství.....	27
5 Komorbidita	29
5.1 Úzkostné a depresivní poruchy	29
5.2 Porucha osobnosti	31
5.3 Duševní porucha	32
5.4 Závislost na psychoaktivních látkách	32
II ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH	34
6 Historie závislosti na psychoaktivních látkách.....	34
7 Vymezení pojmu.....	36
7.1 Definice pojmu závislost	36
7.2 Definice pojmu psychoaktivní látka	37
8 Etiopatogenetické faktory závislosti na psychoaktivních látkách	38
8.1 Biologické faktory	39
8.2 Psychologické faktory.....	39
8.3 Sociální a kulturní faktory	44
III ÚČINKY LÁTEK VE VZTAHU K PPP	45
9 Psychoaktivní látky.....	45
9.1 Alkohol	45
9.2 Cannabinoidy	46
9.3 Nikotin	46
9.4 Hypnotika a sedativa.....	47
9.5 Anxiolytika (trankvilizéry)	47
9.6 Psychostimulancia	48
9.7 Opiáty.....	48
9.8 Halucinogeny	49
9.9 Polymorfní závislost	50
10 Látky nevyvolávající závislost, zneužívané pacientkami s PPP.....	51
10.1 Laxativa	51
10.2 Diuretika	51
10.3 Emetika	52
10.4 Další látky	52
EMPIRICKÁ ČÁST	53
11 Úvod do empirické části	53

12 Formulace výzkumných cílů a otázek	54
13 Realizace	55
13.1 Metoda a typ sběru dat.....	55
13.2 Forma získávání informací	55
13.3 Výzkumný vzorek.....	55
13.4 Výstupy dotazníkového šetření a interpretace	56
13.5 Shrnutí výsledků	89
14 Diskuse.....	92
15 Kvalitativní část: kasuistiky.....	95
15.1 Metoda a typ sběru dat.....	95
15.2 Forma získávání informací	95
15.3 Výzkumný vzorek.....	95
15.4 Kasuistiky	95
16 Závěr empirické části.....	103
Seznam použité literatury:	104
přílohy.....	110
příloha 1: dotazník	110
příloha 2: <i>graf 19</i>	116
příloha 3: <i>graf 20</i>	117
příloha 4: <i>graf 21</i>	118
příloha 5: <i>graf 22</i>	119

ÚVOD

Jak poruchám příjmu potravy, tak zneužívání psychoaktivních látek je v posledních letech věnována velká pozornost laické i odborné veřejnosti. Obě tyto poruchy postihují dosti heterogenní skupinu jedinců, a je poměrně nesnadné vymezit jejich příčiny i popsat typické představitele těchto skupin. V současnosti se nejvíce prosazuje komplexní, multidimenzionální přístup k těmto problematikám, i v této diplomové práci se proto snažím o využití tzv. biopsychosociálního modelu.

Obě tyto poruchy spolu navzájem souvisí – na biologické úrovni se u obou skupin vyskytuje snaha ovlivňovat svou náladu a prožívání pomocí aktivního působení na hladiny hormonů, jako jsou endorfiny, dopaminy a další, a to buď prostřednictvím jídla nebo hladovky, nebo přímo intoxikací drogou. Na úrovni psychologické se postižení jedinci velmi často potýkají například s obsesemi, depresí a nízkým sebehodnocením a na úrovni sociální patří zástupci obou těchto skupin často k lidem se ztíženou schopností sociálního kontaktu a prožívání radosti a uspokojení ze vztahů, mnohdy částečně izolovaným. Lidé závislí na psychoaktivních látkách pak často naplňují některá kritéria pro poruchu příjmu potravy, stejně tak u osob s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy se častěji než v zdravé populaci vyskytuje zneužívání návykových látek. Někdy se symptomy těchto poruch vyskytnou krátce po sobě – např. krátce abstinující závislá rozvine poruchu příjmu potravy, nebo dívka trpící poruchou příjmu potravy začne zneužívat návykové látky (typicky se spolu vyskytují například anorexie a pervitin či kokain, bulimie a alkohol). Určitá skupina je pak léčena pro duální diagnózu, kdy současně naplňuje kritéria pro obě tyto poruchy.

V této diplomové práci se budu podrobněji zabývat ženami, které mají diagnózu poruchy příjmu potravy v anamnéze, se zaměřením na jejich zneužívání návykových látek. V teoretické části popíšu charakter této poruchy a některé vlivy, které jejímu rozvoji často předcházejí. Dále rozvedu další psychické obtíže, které tuto poruchu někdy doprovází a komplikují. V další části pak nastíním podstatu zneužívání návykových látek. Cílem teoretické části je popsat danou problematiku a zdůraznit styčné body, které obě tyto poruchy spojují, a pro které je často možné zneužívání návykových látek těmito pacientkami pozorovat.

Navazující výzkum si klade za cíl zmapovat, jaká je reálná míra zneužívání návykových látek těmito pacientkami, a jaké látky pro ně představují hlavní nebezpečí. Tento kvantitativní výzkum chci doprovodit o kvalitativní šetření, vyplývající z podrobného osobního rozhovoru s pacientkami s těmito obtížemi.

Vzhledem k závažnosti a aktuálnosti obou těchto poruch jsem přesvědčena o důležitosti dalšího výzkumu v této oblasti. V posledních letech v západní kultuře výrazně přibývá osob, které naplňují nebo částečně naplňují (tzv. subklinická forma) diagnózu poruchy příjmu potravy. Stejný trend sledujeme v problematice zneužívání návykových látek. American Anorexia and Bulimia Association odhaduje, že téměř každá americká žena, muž nebo i dítě alespoň jednou za život trpěli problémem týkajícím se váhy nebo postavy (Lager a McGee, 2003). Také Fraňková (1996) upozorňuje na zvyšující se až epidemický výskyt této poruchy a fakt, že zasahuje stále mladší dívky. Alespoň občasné problémy s alkoholem, nejrozšířenější návykovou látkou v západní společnosti, má podle epidemiologických studií přibližně 10% naší populace (Heller, Pecinová, 1996). Nelegální drogu pak dle výzkumů z let 2002 a 2004 vyzkoušelo v ČR přibližně 20% osob. I přes dlouhou historii zneužívání omamných látek napříč historií i kulturami (což nemůžeme říci o poruchách příjmu potravy) se jedná o znepokojující údaj.

Doufám, že tato práce poukáže na existenci určitých souvislostí mezi těmito dvěma poruchami a umožní tak hlubší vhled do této problematiky. To může například usnadnit rozhodování, jaký léčebný postup upřednostnit v případě pacientky trpící duální diagnózou, nebo napomoci diferenciální diagnostice patientek s atypickými příznaky. Také jsem přesvědčena, že zjištění skutečného rozsahu souběžného výskytu těchto obtíží může být důležitá a alarmující informace pro rodiče i pacientky samotné.

TEORETICKÁ ČÁST

I PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Ačkoli někteří popisují poruchy příjmu potravy jako civilizační chorobu, jejich historie sahá daleko do minulosti. Příčiny byly vždy ovlivněny celkovým kontextem doby, v níž postižené ženy (i muži) žili. První příznaky mentální anorexie a bulimie popsali už v 2. století Galén a Hippokrates. Ve 12.-15. století byly zaznamenány případy hladovění žen, které se takto pokoušely umlčet své hříšné tělo a prohlašovaly se za světice. V 16. století byly nařčeny z posedlosti ďáblem a jako takové i pronásledované církví. Pro svůj půst byly odsuzovány za aroganci a kritizovány daleko přísněji než ti, kdo se přejídají.

V roce 1694 britský lékař Richard Morton jako první definoval *mentální anorexii*. Její příčiny viděl hlavně ve smutku a úzkostných starostech, tomu uzpůsoboval i léčbu. Dalším významným milníkem byl rok 1873, ve kterém Charles Lasague popsal triádu symptomů anorexia – amenorea – vyhublost. O rok později, v roce 1874, William Gull identifikoval a rovněž diagnosticky vymezil mentální anorexii, kterou nazval *aepsia hysterica*. O to, kdo je objevitelem této choroby, se Lasague a Gull přeli.

Ve 20. století byla poruchám příjmu potravy věnována odborná pozornost zejména v období po druhé světové válce. V letech 1945 až 1960 převažovalo psychoanalytické pojetí mentální anorexie, které ji interpretovalo jako strach z orální erotiky a gravidity. V roce 1967 se na titulní straně časopisu Vogue objevila Twiggy (170 cm, 41 kg) a následoval rychlý nárůst incidence poruch příjmu potravy. V roce 1970 již 70% amerických rodin kupovalo nízkokalorické potraviny a ideál krásy se posouval směrem k stále štíhlejší postavě.

V roce 1979 publikoval anglický psychiatr G. Russell článek, v němž prvně použil termín *bulimia nervosa*. Začala vznikat první speciální zařízení pro léčbu PPP. V roce 1980 byla vymezena kritéria mentální anorexie a bulimie.

Od roku 1990 dodnes vznikají preventivní a podpůrné programy pro PPP, mluví se o nepřiměřenosti stávajícího ideálu krásy a o nezdravých dietních opatřeních. Poruchy příjmu potravy jsou podrobně popsány, včetně jejich specifík a multifaktoriální etiologie. Rozpracovány jsou podrobné metody, jak tyto choroby léčit. Vzhledem ke své rozšířenosti jsou poruchy příjmu potravy stále předmětem zájmu odborníků více vědních disciplín.

2 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

2.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie

Mentální anorexie (dále jen MA) je porucha charakterizovaná hlavně úmyslným snižováním váhy (Höschl, Libiger a Švestka, 2002). K naplnění diagnózy MA je přitom zapotřebí splnění následujících kritérií podle Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 (dále jen MKN-10) (diagnóza F 50.0):

- tělesná hmotnost je udržována alespoň 15% pod předpokládanou hmotností, anebo je Quetelův index 17,5 a nižší.¹
- snižování hmotnosti dosahuje pacient/ka úmyslně tím, že se vyhýbá vysoce kalorickým pokrmům, anebo prostřednictvím jednoho nebo několika z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, používání laxativ, anorektik nebo diuretik, nebo excesivní cvičení.
- přetrvávající obavy z tloušťky a neodpovídající vnímání vlastního těla, které vede k neodbytnému strachu z dalšího nabývání hmotnosti – to vede k stanovení si velmi nízké optimální váhy.
- je přítomna endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, která se projevuje jako amenorea u žen a ztráta sexuálního zájmu a potence u mužů.
- nastane-li počátek onemocnění už v dětství, jsou známky nástupu puberty opožděny nebo i úplně zastaveny. V případě vyléčení je puberta normálně dokončena, jen menarché je opožděna.

IV. revize Diagnosticko statistického manuálu (dále DSM – IV) upřesňuje endokrinní poruchu jako bezdůvodné vynechání alespoň tří po sobě následujících menstruačních cyklů.

Mentální anorexie se dělí na dva typy:

- restriktivní (nebulimický) typ, kdy v průběhu onemocnění u pacienta/ky nedochází k záchvatům přejídání
- purgativní (bulimický) typ, kdy během choroby záchvatům přejídání opakovaně dochází.

¹ Quetelův **index** je známý pod názvem Body mass index (dále jen BMI). Vypočítává se jako váha [kg] / výška² [m].

2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie

Pro poruchu zvanou mentální bulimie (dále jen MB) je typické zejména záchvatovité přejídání, kdy pacient/ka naráz sní velké množství zpravidla vysoce kalorické stravy, spojené s nepřiměřenými prostředky kontroly tělesné hmotnosti (Höschl, Libiger a Švestka, 2002). Pro diagnózu MB je pak zapotřebí splnění všech následujících kritérií podle MKN-10 (diagnóza F 50.2):

- opakující se epizody přejídání (tzv. binge eating), která trvá nejméně po dobu 5 měsíců alespoň dvakrát týdně. Během této epizody pacient/ka sní v krátkém čase velké množství vysoce kalorického jídla.
- neustále zabývání se jídlem a neodolatelná touha po něm.
- snaha zmírnit výkrmný účinek požitého jídla alespoň jedním z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik nebo diuretik, manipulace s hormony štítné žlázy nebo zasahování do inzulínové léčby u diabetiků, období hladovek.
- zkreslené vnímání vlastní postavy, neustálá obava z přibírání na váze, usilování o nižší než je přiměřená hmotnost. V anamnéze najdeme často epizodu anorexie nebo intenzivních diet.

DSM-IV dále MB upřesňuje o subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem v průběhu přejídání se, a sebehodnocení nepřiměřeně závislé na váze. Na rozdíl od MKN 10 je zde k naplnění diagnózy potřeba stejná minimální frekvence přejídání, ale v délce trvání jen 3 měsíce.

I mentální bulimie rozlišuje dva typy, purgativní, který pravidelně zvrací a zneužívá laxativa či diuretika, a nepurgativní, který ke kompenzaci výkrmných účinků požitého jídla volí metody jako jsou přísné diety nebo intenzivní cvičení.

2.3 Nespecifické poruchy příjmu potravy

Velké množství pacientů/tek nenaplnuje všechna kritéria pro diagnózu MA nebo MB, přesto však vykazují téměř úplný klinický obraz. Potom mluvíme podle MKN 10 o Atypické

mentální anorexii (F 50.1) a Atypické mentální bulimii (F 50.3). Ostatní poruchy vztahování se k jídlu (jako je například *pika*² neorganického původu u dospělých) řadíme pod souhrnné označení Jiné poruchy příjmu potravy (F 50.8).

DSM IV vymezuje diagnostickou kategorii Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy, která rovněž zahrnuje Atypickou MA a MB, dále pak syndrom nočního přejídání a jiné.

Ve své diplomové práci se zaměřím pouze na kategorie MA a MB, tak jak jsou popsány výše.

² Trvalé požívání látek neurčených k jídlu (jako je zemina, úlomky laků a barev, atd.) (Podle MKN-10).

3 ETIOPATOGENETICKÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

3.1 Biologické faktory

- ženské pohlaví

Ve srovnání s muži je výskyt MA a MB u žen nepoměrně častější, incidence je přibližně 10x vyšší. Tanner (1987) to vysvětluje tím, že mužské tělo se fyzickým dospíváním přibližuje maskulinnímu ideálu krásy (svalnaté dobře vyvinuté tělo), ženské tělo se mu naopak vzdaluje. Po pubertě se tak u dívek výrazně snižuje spokojenost s vlastním tělem (Shore a Porter, 1990). Dívky, které fyzicky vstupují do puberty brzy, jsou tak poruchami příjmu potravy ohroženy více než jejich vrstevnice.

- tělesná hmotnost

Se vzrůstající fyzickou hmotností narůstá také nespokojenost s vlastním tělem. Podle Steinera, Sanderse a Rysta (1995) vykazovaly významně vyšší riziko rozvoje PPP ženy, u kterých se tuk ukládal nejvíce na bocích, stehnech a hýždích, tedy tak zvaná hruškovitá distribuce tuku v těle.

- puberta

Jak už jsme zmínili, nástup puberty představuje pro dívky rizikové období. MA typicky vzniká zhruba v 14 až 15 letech, MB o něco později, v 18 až 19 letech. To je dané mnoha faktory: už zmíněným vzdalováním se od ženského ideálu krásy, hormonálními změnami v průběhu puberty, typická nejistota a podceňování se, zejména pak svého vzhledu (Algood, Merten a kol., 1990).

- hormonální vlivy

Diskutuje se otázka, do jaké míry jsou změny zjišťované u PPP výsledkem základní neuroendokrinní abnormality a do jaké jsou způsobeny hladověním. Porucha příjmu potravy je doprovázená dysfunkcí hormonálních vztahů hypotalamu a hypofyzogonádové osy. Změny metabolismu, které jsou vázány na hlad, regulaci pocitu sytosti, nálady a kontrolu impulzů, však mohou přetrvávat i měsíce poté, co je hmotnost upravena. Některé změny tělem vytvářených látek v organismu pravděpodobně předcházejí vývoji poruchy. Například některé zvracející bulimičky mají zvýšené plazmatické hladiny endorfinů, což může naznačovat, že jejich úleva po zvracení je ovlivněná premorbidními ukazateli. Faltus a Heiner (1995) se domnívají, že jejich patologické chování je primárně zapříčiněno poruchou neurotransmiterů serotoninu a noradrenalinu.

3.2 Psychologické faktory

3.2.1 Rodinné faktory

O významném vlivu rodiny na vznik poruchy příjmu potravy je přesvědčena naprostá většina autorů. Otázkou však zůstává, do jaké míry se rodinné vlivy podílí na vzniku a rozvoji těchto poruch. Hlavním předmětem zkoumání je zde struktura rodinných vztahů, celkový postoj rodiny k vnějšímu světu a také osobnost matek a otců pacientů a pacientek s MA a MB.

Haworth-Hoeppner (2000) tvrdí, že sociokulturní názory na váhu převážně zprostředkovává právě rodina, v ní se pak konstruuje i vnímání vlastního těla. Výskyt PPP, zejména anorexie, je v rodinném kontextu blízkých příbuzných ženského pohlaví považován za významný rizikový faktor. Podle Hsu (1990) se v rodinách, kde matky trpí anorexií nebo bulimií, vyskytuje PPP asi čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci.

- rodiče

Vzhledem k tomu, že matka je prvním zdrojem potravy dítěte, bývá dávána do souvislosti s jídelní patologií jako první. Matka anorektičky je někdy popisovaná jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní, mnohdy ambivalentní vůči dítěti, se kterým vytváří těsnou nezdravou symbiózu a příliš jej kontroluje. Mnohdy nárokuje submisivitu a přizpůsobivost dítěte, popírá jeho vlastní emoční potřeby. Rodiče bývají často orientovaní na výkon a zároveň frustrovaní ve svých vlastních ambicích. Haworth-Hoeppner (2001) je popisuje jako perfekcionistické, náročné, hyperkritické a žárlivé a obtěžující, nebo naopak jako necitlivé, pasivní, závislé a stažené do sebe. Otec dívky trpící PPP bývá dáván do souvislosti s jídelní patologií dítěte rovněž často. Je někdy popisován jako slabý, pasivní a emočně odtahitý, tato odtahitost otců může být například z důvodu vážného, byť skrytého konfliktu mezi rodiči. Mnohdy je také popisován jako aktivní, dominantní a skvělý, avšak nedostupný, takže jeho úspěchů dcera nemůže nikdy dosáhnout. Je však popisována i skupina otců rigidních, vzteklých až agresivních. Také Haworth-Hoeppner (2000) charakterizuje otce pacientek s PPP jako autoritativní, přísné a vzdálené nebo nezúčastněné. Zmiňuje také, že tito častěji flámují nebo se dopouštějí zneužívání dětí. Gordon (2000) popisuje, že anorektičky, které mají špatný vztah k matce, se cítí zavázány očekáváním otce. Demonstrují pak svoji rovnost mužům v oblasti práce a intelektu, což je někdy vzdaluje feminním hodnotám.

- sourozenci

Typickou sourozeneckou konstelací pacientů/tek s PPP se zabývalo mnoho různých autorů, výsledky, ke kterým dospěli, jsou ale rozdílné. Kog a Vandereycken (podle Krch, 1999). shrnují, že podle většiny studií jsou ženy trpící MA nejčastěji prvorozené nebo posledním dítětem. Co se týká výskytu PPP u sourozenců patientek s PPP, Theander (podle Papežová, 2010) uvádí, že 6,6% sourozenců sledovaného souboru 94 anorektiček rovněž trpělo anorexií. Zahrneme-li i subklinické případy PPP, výskyt mezi sestrami anorektiček byl odhadován na 11,4% oproti 1,8% v kontrolní skupině. Mnoho patientek uvádělo rivalský vztah k sestře, často se vyskytovala žárlivost, běžný je také komplikovaný vztah s bratrem.

- vzájemné vztahy v rodinách patientek s PPP

Společnými znaky jsou vyhýbání se konfliktům, rigidní, hyperprotektivní vztahy a obtížné vyjadřování emocí. Minuchin a kol. (1978) popsal 4 základní znaky, které jsou pro tyto rodiny charakteristické:

- komplikovanost příliš blízkých vztahů v rodině, která výše cení vzájemnou loajalitu a blízkost více než samostatnost a seberealizaci, slabé mezigenerační hranice, které umožňují snadný vznik koalicí mezi rodičem a dítětem.

- zhoršená schopnost řešení konfliktů a vyhýbání se jim

- hyperprotektivita

- rigidita a obtížné přizpůsobování se měnícím se potřebám dítěte

Palazzoli (1974) uvádí, že naprostá většina rodičů anorektických dívek, s nimiž se setkal, trpěla neurotickými obtížemi a jejich vzájemné vztahy byly nezralé. Většinou jsou však rodiny patientek s PPP zkoumány retrospektivně, takže nemůžeme s určitostí říct, zda daný popis vystihuje rodinný model i před vypuknutím choroby. Můžeme však říci, že vliv rodiny na rozvoj onemocnění může být různorodý, a v patologii těchto patientek má své nezpochybnitelné místo.

3.2.2 Vývojové faktory

Potřeba nasycení se už od nejútlejšího dětství spojuje s potřebou lásky. Hned po narození dítěte je první potřebou, kterou matka uspokojuje, právě hlad. Potrava je tak asociována s prvními příjemnými pocity, s láskou, péčí, něhou a bezpečím. Při krmení dítě také rozvíjí sociální kontakt s matkou a učí se komunikaci s ní. Citlivá matka reaguje na hlad dítěte jeho nasycením, a učí se rozpoznávat hladový pláč od ostatních. Pokud matka není na

dítě dostatečně vyladěná, nereaguje někdy na prosbu dítěte o jídlo dostatečně včas, nebo jej naopak krmí, ať dítě vyjadřuje jakoukoli potřebu. Dítě tak získává první zkušenosti s péčí a potravou, které formují jeho prožívání světa jako místa bezpečného a uspokojujícího potřeby, nebo naopak místa nejistého či nebezpečného.

Asociací potravy s láskou a péčí matky se dítě pozvolna učí, že snědení oblíbeného pokrmu mu přináší slastné pocity, a lze tak i zahnat pocity nepříjemné, jako třeba úzkost. Někdy pak samy nejsou schopné rozpoznat vlastní hlad od jiných potřeb. Protože však cítí společenský tlak na to, aby zůstal/a štíhlý/á (již malé děti se z médií učí odsuzovat tloušťku a naopak oceňovat štíhlost), snaží se někdy volit spíše nízkokalorické pokrmy a svůj přísun jídla regulovat. Mnoho studií zmiňuje vysoké procento prepubertálních dívek, které se považují za příliš silné a snaží se zhubnout – jedná se o přibližně 40% dívek ve věku kolem 9 – 10 let i mladších (podle Casper, R. C., 1997). Vytváří se tak podhoubí pro budoucí poruchy příjmu potravy.

Puberta a adolescence jsou rizikovým obdobím, ve kterém mentální anorexie a mentální bulimie dívek zpravidla propuká - MA v průměru v 14 až 15 letech, MB o něco později, v 18 až 19 letech. Je to období hormonálních změn, které sebou nesou typické změny těla – u dívek přibírání hmotnosti, typické zakulacování některých partií, růst prsou, první menstruační krvácení atd.

Vedle fyzických změn, které pro dívky znamená postupné vzdalování se ideálu krásy, jsou tu i změny psychické a sociální. Mentální anorexie je spojována se strachem z dospívání, z fyzických i psychických změn, které dospívající dívku čekají. Může se zde i poprvé projevit nechuť k ženské roli, která je nejasně definovaná a nepřináší jasné uspokojení – zejména u děvčat, které nemají pozitivní vzor ve své matce. Také dívky, které mají v anamnéze fyzické nebo sexuální zneužívání, mohou cítit ambivalentní pocity z tělesna a probouzející se sexuality a reagovat psychickým i sociálním stažením se a sněním o setrvání v dětské roli. Adolescentní dívka prožívá nejistotu a velmi se zabývá tím, co si o ní myslí její okolí, nakolik je akceptovaná, oblíbená a přitažlivá. Svou pozornost přitom koncentruje právě na fyzický vzhled, a mnohdy si přeje být štíhlejší. Také časopisy zaměřené na její věkovou skupinu obsahují velké množství článků zabývajících se hubnutím a prezentující velmi štíhlé modelky. U nejisté dívky, spojí-li se tyto podmínky s vlastními osobnostními či jinými zatěžujícími okolnostmi, se pak může rozvinout návyk držení diet a hladovek a později porucha příjmu potravy.

Dalším rizikovým obdobím je u žen těhotenství a doba po narození dítěte. Mnoho pacientek s PPP, zejména anorektiček, má problémy otěhotnět. V průběhu těhotenství jejich

obtíže někdy ustupují, jindy se maskují – například bulimii lze zaměnit s tzv. *hyperemesis gravidarum*, kdy těhotné velmi často zvrací. Těhotenství může někdy poprvé anorexii „spustit“ nebo znovu navodit. Snaha o rychlý úbytek kilogramů, nabraných v těhotenství, pak může spolu s zátěží nové životní role vést k vypuknutí nové ataky PPP nebo rozvoji tohoto onemocnění u žen, které jím dosud netrpěly.

3.2.3 Spouštěč – traumatické životní události

Mezi takové podstatné zátěžové okolnosti mohou patřit některé životní události. Mezi ně řadíme například zneužití nebo zážitek posměchu. Pacientky s PPP popisují ve svém životě více stresu a zatěžujících životních okolností, než dívky bez jídelní patologie. Zvláště pro rozvoj mentální bulimie je typická koincidence stresujících zážitků a vlastních obtíží v prožívání, jako jsou depresivita, nízká sebeúcta a afektivní labilita (Polivy a Hermann, 2002)

Souvislost mezi zážitkem a rozvojem poruchy příjmu potravy potvrzují mnozí autoři, liší se v tom, jaký typ zážitku považují za kruciální. Za podstatný rizikový faktor pokládají sexuální zneužití či zneužívání v dětství (Gordon, 2000), ztrátu blízké osoby, nemoc, smrt nebo separaci od rodiny.

Sexuálním zneužíváním se v souvislosti zvýšené jídelní patologie zabývalo mnoho odborníků. Podle britských a amerických výzkumů (Gordon, 2000) se sexuální zneužití podílí na vzniku poruchy příjmu potravy z 15 až 25%. Podrývá totiž identitu a zpochybňuje pozitivní vztah dívky k vlastnímu tělu a ženskosti.

Spouštěcím momentem pak může být kritická poznámka nebo posměch týkající se vzhledu dívky, zejména její hmotnosti. Jinak se však jedná spíše o dlouhodoběji působící vlivy, vedoucí k narušené sebeúctě, emoční labilitě a problémům zvládat stres, nežli jednotlivá izolovaná událost.

V dospělosti pak takovouto zátěžovou situaci může představovat například choroba spojená s výrazným přibýváním na váze (např. poruchy štítné žlázy) nebo choroby, které je nutné léčit léky s vedlejším negativním efektem zvyšující se hmotnosti.

3.2.3 Osobnostní faktory

Osobnost dívek, trpících poruchou příjmu potravy, je mnohými autory pokládána za jeden z nejpodstatnějších zdrojů této patogeneze. Je potřeba zdůraznit skutečnost, že osobnost se vyvíjí za stálého sociálního vlivu kultury, v níž dívka vyrůstá, a že je formována rodinou,

jejíž klima a vztahy jsou pro rozvoj osobnosti podstatné. Pacientky s poruchou příjmu potravy jsou vnitřně velmi heterogenní skupinou, a mohou se od sebe i velmi významně lišit. Některé vlastnosti a rysy jsou však s touto poruchou přímo spojené, a pro její rozvoj jsou naprosto typické.

Výzkum osobnosti žen s touto poruchou má několik slabin. Jednak je většinou retrospektivní, což poskytuje velký prostor pro zkreslení dat. Některé výzkumy jsou prováděny formou dlouhodobých studií. Dále zpravidla pracují jen s malým vzorkem sledovaných pacientek, a osobnost popisuje schematicky v závislosti na metodě, která je v konkrétním výzkumu použita. Tyto metody jsou mnohdy založeny na sebehodnocení pacientek. Také je složité hodnotit premorbidní osobnost pacientek, vzhledem k nízkému věku a neukončenému vývoji osobnosti při propuknutí choroby. Dalším problémem, který se při zkoumání osobnosti žen s PPP objevuje, je fakt, že některé rysy jsou s poruchou příjmu potravy tak pevně spojeny, že vyléčení z této nemoci zároveň znamená pokles některých neurotických projevů a introverze (Stonehill a Crisp, 1977). Osobnostní poruchy jsou tak kontaminovány základní psychopatologií této poruchy (Hsu, 1990). Mnohé osobnostní vlastnosti jsou však pro pacientky s PPP velmi typické.

Dívky, trpící MA nebo MB, jsou v odborné literatuře obvykle popisované jako ctižádostivé, zaměřené na dosažení úspěchu, orientované na výkon. Jsou konformní, dodržují společenské normy a uznávají všeobecně přijímané hodnoty - je pro ně velmi důležité hodnocení okolí a to, aby jím byly akceptované a oceňované, a jsou ochotné pro to i hodně udělat. Tato konformita také souvisí s nedostatkem fantazie a vynalézavosti.

Mnoho autorů zmiňuje perfekcionismus a snahu o dokonalost, doprovázenou černobílým viděním světa. V jejich prožívání není místo pro téměř nic mezi úplným úspěchem a naprostým selháním. To vede k neustálému napětí a úzkosti, které jsou pro dívky trpící PPP typické.

Dalším výrazným rysem je negativní sebehodnocení, nízká asertivita, nejistota a obavy z přizpůsobení se nárokům dospělosti, nerozhodnost ohledně životních cílů. Také bývá často popisována utlumená sexualita, jako jeden z projevů obav z dospělého života. Libido však může být také utlumené fyziologickým strádáním hladem.

Negativní prožívání a emocionalita jsou spojeny s vysokým výskytem deprese a úzkostných poruch u MA i MB. Snad vzhledem k neúspěchu ve snaze získat kontrolu nad vlastním hladem, bulimičky se jeví jako depresivnější (Bunnell a kol., 1990) Co se týká temperamentu, jsou popisovány spíše jako introvertně zaměřené.

Vlastností, ve které se významně liší anorektičky a bulimičky, je *sebekontrola*. Anorektičky se snaží dosáhnout kontroly nad vlastní tělesností pomocí hladovění, a ačkoli se svou postavou nebývají spokojené, vědomí schopnosti překonávat svůj hlad v nich vyvolává pocity pýchy a nadřazenosti. Oproti tomu bulimičky po určitém období hladovění tuto kontrolu ztrácejí, a propadají impulzivním záchvatům přejídání. Ty jsou následovány pocity viny a pročišťováním se pomocí zvracení nebo použití projímadel. Takovéto pročištění jim krátkodobě přináší pocit úlevy od úzkosti a deprese.

Z dalších osobnostních vlastností zmíníme hysterické rysy (Dally, 1969, Theander, 1970, Halmi, 1974), které se výrazněji projeví u bulimiček (Krčh, Faltus, 1988, Krčh 1999), obsedantně kompulzivní rysy (Morgan a Russell, 1975, podle Bulik, 1995), které jsou pravděpodobně výraznější u anorektiček, dále sociální úzkost a excesivní závislost (Morgan a Russell, 1975, podle Bulik, 1995) a egocentrismus a přecitlivělost (King, 1963, podle Bulik, 1995).

Mnoho dalších autorů popsalo souvislost mezi jednotlivými osobnostními rysy a rozvojem poruchy příjmu potravy. H. Bruch (1973) popsala jako základní rysy MA narušené uvědomování si vnitřních pocitů, narušení tělesného schématu a pocit vnitřní neefektivnosti. Ještě komplexněji tuto problematiku uchopili Garner, Olmsted a Polivy (1983), kteří vyvinuli kvantifikovatelný dotazník EDI (Eating Disorder Inventory). Ten umožňuje zachytit osobnostní profil a behaviorální rysy pacienta/ky s poruchou příjmu potravy, a to jak mentální anorexií, tak i mentální bulimií. Obsahuje osm dílčích škál, které jsou zaměřeny na osobnostní rysy nebo tendence, které jsou v souvislosti s PPP charakteristické. Jsou to: 1) nutkání být štíhlý, 2) bulimie, 3) tělesná nespokojenost (negativní body-image), 4) inefektivita (pocit celkové nejistoty a bezcennosti), 5) perfekcionismus, 6) interpersonální nedůvěra (pocit odcizení a nechuť vytvářet blízké vztahy), 7) narušené interoreceptivní čítí (snížená schopnost orientovat se ve vnitřních pocitech včetně pocitů hladu a sytosti), 8) strach z dospělosti (touha vrátit se do bezpečí dětství).

Podrobněji se jednotlivým rysům, typickým pro mentální anorexii a mentální bulimii, budu věnovat v kapitole 4 Osobnost pacientek s poruchou příjmu potravy.

3.3 Sociální a kulturní faktory

Mnozí odborníci, například Garfinkel a Gardner (1982) a Hsu (1990) předpokládají, že poruchy příjmu potravy jsou přímým důsledkem tlaku kultury, která štíhlost a sebekontrolu

vysoko hodnotí. Tento názor podporuje fakt, že identifikace s hodnotami západní společnosti sebou nese výrazně zvýšenou incidenci poruch příjmu potravy.

Módní ideál, předkládaný hlavně sdělovacími prostředky, působí především na zranitelné adolescenty (Bruch, 1978). Ti zejména prostřednictvím reklam a časopisů získávají pocit, že štíhlost je nejdůležitějším aspektem tělesné atraktivity, a ta je cestou k úspěchu a štěstí. Omezování se v jídle, zabývání se jím a držení různých diet je pak běžně sdílenou částí života adolescentů, a popularizováno slavnými osobnostmi, trpícími některou poruchou příjmu potravy.

Ideál štíhlosti je zároveň charakteristikou současné doby a západní civilizace. V zemích, které zápasí s hladem, jsou za atraktivní považovány spíše kypré tvary. Stejně tak v dobách hladomoru, tuberkulózy apod. se i reklamy soustředily spíše na způsoby, jak dosáhnout plné postavy, a tu i spojovaly se zdravím. To naznačuje, že ideál krásy má tendenci nabývat spíše obtížně dosažitelných podob.

Pouze tehdy, pokud je ve společnosti zajištěn dostatek potravin, může si jedinec vůbec dovolit vzdát se jejich příjmu anebo je náruživě pojídat v nadbytku a pak je opět úmyslně vyzvrátit.

Bulimie připomíná nadprodukcí potravin v evropské společnosti, kdy potraviny vyprodukované v nadbytku musí být následně opět ničeny, protože po nich není dostatečná poptávka.

Zajímavý rozpor spočívá v tom, že zatímco ideál krásy se v západních zemích stále zeštíhluje, průměrná hmotnost v populaci stále roste (Hsu, 1990). Zatímco nezdravým důsledkům příliš nízké hmotnosti a kolísání váhy se věnuje poměrně málo pozornosti, obezita je vystavena kritice i předsudkům a stala se kulturním fenoménem. Obézní jsou spojováni s vlastnostmi jako lenost, ošklivost a hloupost (Ciliska, 1990). Mentální anorexie a mentální bulimie jsou považovány za kulturně podmíněné poruchy a nemohou být pochopeny mimo svůj specifický kulturní rámec (Ritenbaugh, 1982 podle Krch a kol., 2005).

Jiní považují poruchy příjmu potravy spíše za znak kulturních změn společenství, která se modernizují. Zvláště ohroženými jedinci jsou ti v měnících se kulturách, a rovněž pak imigranti (Miller a Pumariega, 2001). Tyto úvahy se shodují s výsledky zkoumání imigrantských skupin a také kulturně odlišných skupin. To může být dané zmatením identity při střetu hodnot mezi původní a novou kulturou (Harris a Kuba, 1997).

Jednoznačný vliv kultury na vznik a rozvoj PPP je pak shrnut ve zjištění McCarthyho (podle Botta, 1999): „Všechny kultury, ve kterých se vyskytují poruchy příjmu potravy, mají ideál štíhlosti. Žádná kultura, která nemá ideál štíhlosti, poruchy příjmu nevykazuje.“

4 OSOBNOST PACIENTEK S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

4.1. Emocionalita

Negativní pocity, deprese a zlost jsou často uváděným předcházejícím nebo zároveň se vyskytujícím jevem u MA a MB. Podle Polivy a Hermana (2002) mohou afektivní faktory souviset se subklinickou formou PPP, ačkoliv nemusí být etiologicky nezbytné pro vznik samotné PPP. Depresivita a afektivní labilita jsou zvláště v koincidenci s kritickou událostí typické pro rozvoj mentální bulimie (Polivy, 2002).

Osobám ve výzkumu, zkoumajícím souvislost mezi náladou a vnímáním vlastního těla, byla experimentálně zvednuta či snížena nálada. Osoby se špatnou náladou uváděly, že se cítí těžší, zatímco lidé se zvednutou náladou popisovaly pocit lehkosti. To odpovídá zjištěním Barbera (2001), který uvedl, že depresivní ženy volí velmi štíhlou ideální postavu ženy, zatímco depresivní muži si přejí být těžší, než ve skutečnosti jsou. To kopíruje ideál krásy pro muže a ženu v naší společnosti. Depresivní nálada však podle něj není dostatečnou podmínkou pro zahájení diety anebo cvičení.

V průběhu onemocnění poruchou příjmu potravy splňuje kritéria velké depresivní poruchy 20% anorektiček a 40% bulimiček (Hsu, 1990). Deprese je přitom výraznější a častější u bulimie, kde je zaznamenána u 20 – 80% případů. Většina z úzkostných a depresivních pocitů se přitom přímo týká pocitů z vlastního vzhledu a obav o svou hmotnost. Vyšší výskyt deprese u bulimiček pravděpodobně souvisí s faktem, že v oblasti, která je pro ně velmi důležitá, to jest kontrola příjmu potravy a hmotnost, opakovaně selhávají. Pro anorektičky je naopak jejich dieta zdrojem hrdosti a sebeúcty a způsobem, jak udržovat své prožívání v sice maladaptivní, ale rovnováze.

Davis a kol. (1988) (podle Krch, 1999) prokázali, že negativní nálada je jedním z faktorů, které u bulimiček vyvolávají cyklus přejídání se a následného zvracení či jiného pročišťování, a rovněž že pravděpodobně souvisí s nízkým energetickým příjmem u anorektiček. Ačkoli tedy příčinnou souvislost mezi negativní náladou a PPP někteří autoři

odmítají, určitý funkční vztah, navrhovaný například Polivy a Hermanem (2002) některým sledovaným jevům poskytuje odpovídající vysvětlení.

Pacientky s MB se snaží snížit úzkost a zlepšit si náladu jídlem, přičemž používají extrémních kompenzačních prostředků kontroly váhy. Poté, co zjistí, že záchvaty přejídání jsou mimo jejich kontrolu, začnou se jídla obávat – místo úlevy v nich začne vyvolávat obavy. Zvracení pak mírní pocity viny, a zároveň ventiluje zlost. Po epizodě přejedení se a následného pročištění pak pacientky uvádějí snížení pocitů úzkosti a deprese. Je tak pochopitelné, že je pro ně příznačná výrazná emoční labilita.

Pacientky s MA se snaží o získání pocitu celkové životní kontroly a stability pomocí schopnosti překonávat hlad. Najezení se v nich vyvolává nejen pocit plnosti, ale i deprese a selhání, zatímco v průběhu hladovění pociťují hrdost a také nadřazenost nad ostatními, která kompenzuje celkovou sníženou sebeúctu. Jejich nejistota však vede k přehnané touze po kontrole, která se mnohdy pojí s obsedantními rysy.

4.2 Sebevědomí

Nízké sebevědomí je z osobnostních faktorů pravděpodobně nejpodstatnějším, ovlivňujícím dietní chování a rozvoj nemoci u anorektiček i bulimiček (Twamley a Davis, 1999). Dívky, které trpí nízkým sebevědomím, a to je v adolescenci podle některých studií až 33% bělošek (Pesa, 1999), jsou citlivé a snadno zranitelné kritikou. Více než sebevědomější vrstevnice se také snaží přizpůsobit konformním hodnotám, jakými je v naší společnosti například štíhlost žen. Z výzkumů zároveň vyplývá, že adolescentní dívky si dělají velkou starost o to, jak působí na ostatní, a zda jsou pro své okolí dostatečně atraktivní (Kansi, Wichstrom a Bergman, 2003). Zdá se, že dívky si velmi často, a každopádně daleko častěji než chlapci svou sebeúctu spojují s fyzickým zevnějškem. Poměr poruch příjmu potravy u mužů a žen 1:10 (podle některých až 1:30) tak pravděpodobně souvisí také s faktem, že muži mají celkově vyšší sebevědomí než ženy. Vysoké sebevědomí je naopak popisováno jako jeden z velmi důležitých protektivních faktorů (Pesa, 1999).

Jedním z velmi výrazných rysů pacientek s mentální anorexií je *sebenenávist*. To je způsobeno tím, že navzdory své orientaci na výkon a úspěch nedokážou tyto výsledky propojit se svou hodnotou, neboť ta je determinována zvenčí (Spitzack, in Lager a McGee, 2003). Berthold a Lock (2002) potvrzují, že adolescentní anorektičky vykazují vyšší míru sebenenávisti než jejich zdravé vrstevnice.

Nízké sebevědomí posiluje potřebu nadměrné sebekontroly, která je mnohdy zdrojem maladaptivní rovnováhy u anorektiček a deprese a pocitů selhání u bulimiček, a projevuje se i v jiných oblastech než jen jídelním chování. Nesebevědomé dívky se nicméně často hodnotí jako neúspěšné, zejména nejsou-li schopné zcela přesně dodržet svá předsevzetí ohledně jídelního chování. Vlivem černobílého vidění je i drobné vybočení z dietních plánů vnímáno jako úplné selhání, a u bulimiček často vyúsťuje v pocit, že do příštího pokusu o snížení hmotnosti už tedy na jejich chování nezáleží.

Vyhledávání souhlasu a akceptace okolím, černobílé hodnocení úspěchu a neúspěchu, perfekcionismus a dlouhodobá neudržitelnost dietních plánů pak nízké sebevědomí u pacientek s poruchou příjmu potravy pomáhají udržovat či ještě více snižovat, a samozřejmě i ovlivňují náladu pacientky.

4.3 Sebekontrola

Jak již bylo řečeno, pocity nejistoty a nízké sebevědomí u dívek s PPP vedou ke zvýšené potřebě kontroly, která má kompenzovat adolescentní krizi a fakt, že tyto dívky kontrolu nad svým životem do značné míry postrádají. Poruchy příjmu potravy lze popsat i jako narušení sebeúcty, sebeorganizace a seberegulace, tedy ve zkratce jako ztrátu kontroly nad sebou. „*Locus of control*“ je v případě dívek trpících PPP umístěn vně, orientují se převážně na získání souhlasu a akceptace okolí, a odevzdávají mu tak kontrolu nad svou životní spokojeností a do značné míry i nad směrem, kam se jejich život ubírá.

Ve snaze tuto kontrolu získat tak zaměřují svou pozornost na svoji postavu a jídlo. Když si připomeneme kulturní ideál pro ženy v naší společnosti jako krásné, štíhlé dívky, zájem adolescentek o fyzickou atraktivitu, zaměřenost pacientek na získání souhlasu okolí, a jejich perfekcionismus a uvažování typu vše nebo nic, je to poměrně logická volba.

Z hlediska kontroly je mezi anorektičkami a bulimičkami velký rozdíl. V případě anorektiček se jedná o zvýšenou sebekontrolu, která do značné míry narušuje spontánní prožívání a chování pacientky. Své mnohdy nejen jídelní chování kontrolují pečlivě až rigidně, aniž by ponechávaly prostor pro okolnosti a jiné neočekávané proměnné. Za případná selhání se trestají pocitem selhání a deprese, schopnost dlouhodobě čelit hladu v nich naopak vyvolává pocit hrlosti a nadřazenosti.

Silná a výrazná kontrola je u nich často doprovázena obsedantními rysy a nutkavým chováním. Anorexie byla dokonce považována za specifickou formu obsedantně kompulzivní poruchy. To se nepotvrdilo, nicméně výskyt obsedantně kompulzivní poruchy mezi

anorektickými pacientkami je stále dost vysoký – pohybuje se okolo 27% (Morgan a Russell, 1975). Garfinkel a Garner (1982) uvádějí, že obsedantní rysy jsou výrazným znakem anorektiček, ale považují je spíše za důsledek malnutrice, jehož intenzita se po znovunabytí normální hmotnosti snižuje, podobně jako další neurotické rysy.

Oproti tomu, bulimičky se sice snaží podobně jako anorektičky dostat alespoň své tělo pod kontrolu, nicméně v tom opakovaně selhávají. Oproti anorektičkám se dostávají do opačného extrému a namísto přílišné kontroly se vyznačují impulzivitou a sníženou kontrolou. Ve snaze tuto kontrolu získat si bulimičky stanovují přísná pravidla pro své stravování, které pak například pod vlivem špatné nálady, ale i z důvodu dlouhodobé neudržitelnosti a nereálnosti těchto dietních plánů poruší. Z jejich výpovědí vyplývá, že zpravidla jakmile tento plán byť minimálně překročí, ztratí nad sebou kontrolu docela a v průběhu bulimického záchvatu sní podstatně víc, než je normální. Aby zabránily narůstání hmotnosti a zmírnily pocity viny, část požitého jídla poté vyzvrací nebo použijí laxativa. Následně si slíbí, že už se v budoucnosti budou kontrolovat lépe.

Protože kontrolu nad sebou hodnotí vysoko, jejich sebeúcta tímto cyklicky se opakujícím chováním velmi trpí. Zdraví a postava také, protože k nárůstu svaloviny zaniklé vlivem hladovění dochází pomaleji než k ukládání tuku, a cyklické hladovění a přejídání tak vede mimo jiné k nežádoucím změnám postavy.

Podobně jako se u anorektiček přehnaná sebekontrola pojí s výskytem obsedantně kompulzivní poruchy, pro bulimičky je typické, že se jejich impulzivita neomezuje jen na jídlo, ale proniká do dalších oblastí. Typicky tak u nich dochází k zneužívání psychoaktivních látek, tj. alkoholu a drog. Vzhledem k časté konformitě je za nejtypičtější kombinaci s bulimií považován abus alkohol. Někteří autoři kvůli četným podobnostem dokonce považují mentální bulimii za jednu z forem závislosti (například Wilson, 1991, podle Krch, 1999). Proti tomuto názoru se staví například Swift (1995, podle Krch, 1999), který bulimii a závislost na psychoaktivních látkách považuje za manifestaci jediné predispozice, a to právě impulzivity. Co se týká výskytu abusu alkoholu u bulimiček, Holdernessová (1994) uvádí 2,9 – 48,6% s mediánem 22,9% závislých v různých studiích.

Komorbiditě poruch příjmu potravy se závislostí se však budu věnovat podrobněji v další kapitole této diplomové práce. Zde můžu shrnout, že právě v oblasti sebekontroly se pacientky s mentální anorexií a mentální bulimií odlišují nejvíce.

4.4 Sociální self

Jako jedna z oblastí, jejichž narušení je pro poruchu příjmu potravy typické, se uvádí právě oblast sociálních vztahů. Co se týká kamarádských vztahů, již bylo popsáno výše, že anorektičky i bulimičky jsou oproti svým vrstevnicím nejisté, snažící se vyhovět očekávání druhých, přecitlivělé, snadno zranitelné i konstruktivní kritikou druhých a egocentricky zaměřené na sebe. Jak se porucha rozvíjí, pacientkám s MA i MB spotřebovává stále více energie a sil. Rovněž ji pacientky zpravidla dlouhou dobu tají, zejména bulimičky, které se za svá opakovaná selhání stydí. Z uvedených důvodů se postupně izolují, a v jejich vztazích k druhým mnohdy převládá nedůvěra, pocit odcizení a celková nechť vztahy navazovat a udržovat (například Garner, Olmstead a Polivy, 1983). I v případě pozitivnějšího interpersonálního ladění často nacházíme celkovou sociální úzkost (Morgan a Russell, 1975). Sociální dysfunkce se projevily i ve studii Krcha a Drábkové (1998), srovnávající studentky s narušenými jídelními postoji s ostatními.

Z dalších studií uvedu ještě novější Garnerovu (1991) verzi EDI, EDI 2, zaměřenou i na zjištění toho, nakolik jsou sociální vztahy nejisté, napjaté a prožívané jako neuspokojující. Podle Hsu (1990) se neuspokojivé vztahy s okolím a sociální fobie dokonce řadí mezi obtíže, které u některých pacientek přetrvávají i po vyléčení z PPP.

Co se týká vztahů s původní rodinou, více podrobností jsem uvedla v části 3.2.1. rodinné faktory. Pro shrnutí, vztahy s rodinou jsou mnohdy poznamenány více či méně potlačovanou zlostí a pocity frustrace a různými nedostatky ve vzájemné komunikaci.

Ve vztazích partnerských a sexuálních bývají pacientky s PPP spíše utlumené a neaktivní, anorektičky více než bulimičky. Pokud vztah mají, někdy jej prožívají jako neuspokojivý. Více viz následující podkapitola této části 4.5, kde popíšu i některé projevy pacientek s PPP ve vztahu k mateřství a dětem.

V profesionálních vztazích, při studiu a na pracovišti, jsou anorektičky mnohdy označovány jako perfekcionistické až puntičkářské, velmi ambiciózní a soutěživé, se snahou získat pochvalu a ocenění. Bulimičky jsou někdy ambiciózní, někdy ale na získání úspěchu rezignují a v duchu černobílého vidění světa se chovají chaoticky a bezcílně, například opustí studium či zaměstnání a berou drogy či nadužívají alkohol.

Můžeme shrnout, že pacientky s MA i s MB zakouší výrazné potíže v oblasti sociální adaptace, které spočívají v sociální úzkosti až fobii, ochuzenosti a neuspokojivého prožívání vztahů a někdy i částečné či téměř úplné sociální izolaci (například Bruch, 1973, 1978). Při přílišném přizpůsobování se očekáváním okolí se u nich může vyvinout tzv. *falešné self*, které

pak vede k ostražitosti vůči okolí (Striegel-Moore, Silberstein a Rodin, 1993). Vztahovačnost zejména anorektiček pak může hraničit s mírnou paranoiou.

4.5 Sexualita a rodičovství

Někteří autoři popisují, že mezi jídlem a sexem existuje u žen zvláštní spojitost. Problémy v těchto oblastech pak souhrnně označují jako poruchy touhy. Na sexualizaci jídla v naší společnosti poukazují také Meadow a Weiss (1992) a srovnávají prudérní postoj k sexu v 50. letech 20. století ke zdrženlivému postoji k jídlu u žen dnes.

Rozdíly v přístupu anorektiček a bulimiček k sexu v některých ohledech kopírují jejich seberegulaci a kontrolu: anorektičky jsou zpravidla spíše sexuálně inhibované a neaktivní, což je však ovlivněno i jejich malnutricí. Bulimičky se mohou naopak chovat až promiskuitně, se ztrátou kontroly také v této oblasti, jako by chtěly zasytit „hlad“ po lásce a blízkosti, který jim v ostatních vztazích mnohdy chybí. Podle australské studie (Abraham a kol., 1985) byly bulimičky oproti kontrolní skupině zkušenější a snadněji dosahovaly orgasmu při masturbaci, při pohlavním styku ho však dosáhly s menší pravděpodobností.

Celkově se u nich podle jedné švýcarské studie projevovalo nižší sexuální uspokojení a více dysfunkcí než mezi jejich vrstevnicemi (Jagstaidt a Pasini, 1994 podle Krch, 1999).

Ačkoli jsou na tuto problematiku uváděné rozdílné názory, někteří autoři předpokládají kauzální spojitost mezi PPP a pohlavním zneužíváním. Toto je poměrně obtížné uchopitelná problematika, reálné události mohou být vzhledem k emoční zátěži zkreslené vzpomínkami. Velmi pak záleží na délce a stupni závažnosti zneužívání, přičemž za nejvíce problémové se považuje zneužívání blízkými rodinnými příslušníky. Krch a kol. (1999) shrnují, že pohlavní zneužití uvádí asi 20-50% patientek s PPP, tedy výrazně vyšší, než v obecné populaci. U patientek s bulimickou symptomatologií bývá pohlavní zneužití v anamnéze častější, než u patientek s restriktivní formou anorexie. Přímý vztah mezi pohlavním zneužitím a poruchou příjmu potravy nebyl prokázán, autoři se však shodují, že pohlavní nebo fyzické zneužití v dětství a rané adolescenci člověka vystavují riziku krize a rozvoje psychické poruchy, například PPP.

Co se týká rodičovství, i zde se porucha příjmu potravy negativně projevuje. Vdané ženy, trpící anorexií, mají děti jen asi ve třetině případů (Woodside a kol. 1993 podle Krch, 1999). Ostatní problémy se týkají stejně anorektiček jako bulimiček. Touha rychle po porodu zhubnout je pak v rozporu s touhou živit a krmit své dítě a oslabuje vnímavost matky k potřebám dítěte. Problémy anorektiček a bulimiček v sociální oblasti, a jejich egocentričnost

a zaměřenost na sebe se také ve výchově dítěte negativně odráží. Matky s PPP zároveň vůči dětem při krmení projevují více negativních emocí, a mají častěji obavy, aby jejich děti nebyly obézní. 17% dětí matek s PPP podle dánské studie v prvním roce života neprosplávalo (Brinch, Isager a Tolstrup, 1988). Samotné matky uváděly, že v nové roli nebyly příliš šťastné, a velmi často popisovaly zhoršení symptomatiky nebo dokonce rozvoj onemocnění v souvislosti se změnami hmotnosti, těla a postavy v těhotenství.

5 KOMORBIDITA

5.1 Úzkostné a depresivní poruchy

Jak jsem již zmiňovala v podkapitole 4.1. Emocionalita, depresivní a úzkostné ladění je pro anorektičky a bulimičky poměrně typické. Velkou depresivní poruchu v průběhu onemocnění prožije podle výzkumu Hsu (1990) 20% anorektiček a 40% bulimiček. Znamky deprese jsou přitom výraznější a častější u bulimie, kde jsou zaznamenány až u 80% případů.

Cantwell (1977, podle Krch, 1999) spekuloval, že PPP je variantou primární depresivní poruchy, a to na základě svého dlouhodobého výzkumu 26 anorektiček, u nichž byly dlouhodobé depresivní rozlady zjištěny u 67%. Crisp (1980) objevil přítomnost biologických markerů deprese u mentální anorexie. Také například Pope a kol. (1983, podle Krch, 1999) a další se k Cantwellovu názoru přikláněli, když prokázali účinnost léčby antidepressivy při krátkodobé léčbě mentální bulimie.

Proti tomuto názoru se postavil Hsu (1990) když zjistil, že obě tyto poruchy mají jinou dynamiku a neprobíhají nutně ve stejnou dobu. Mentální anorexie je podle jeho zjištění daleko více resistantní k léčbě, než depresivní příznaky, které obvykle ustupují u většího počtu pacientek a rychleji než u MA. Navíc, pokud byly diagnostikovány obě poruchy, PPP i deprese, onemocnění téměř nikdy nepropuklo ve stejnou dobu (Walsh a kol. 1985, podle Krch, 1999). Strober a Katz (1987, podle Krch, 1999) uzavírají, že rozdíly mezi poruchami příjmu potravy a afektivními poruchami jsou tak zásadní, že o společné příčině nelze uvažovat.

Víme tedy, že se jedná o dvě různé poruchy, které spolu vzájemně souvisí. Tato propojenost je daná jednak biologicky (například Keys a kol. (1950, podle Garner a Garfinkel, 1985) zaznamenal výrazně vyšší skóre depresivity v MMPI u hladovějících dobrovolníků – mužů, které se s přírůstkem hmotnosti opět upravilo), jednak psychologicky (Fainburn a kol. (1985, podle Krch, 1999) prokázal, že depresivní psychosomatika nápadně ubývá spolu s bulimickými příznaky jako reakce na psychologickou léčbu). Také další odborníci se připojují se zjištěním, že depresivní symptomy u většiny bulimiček zmizí, když se jim podaří získat zpět kontrolu nad jídlem. Zajímavé je, že úzkostné symptomy v takovém případě buď přetrvávají, nebo se dokonce ještě zvýrazní.

Na souvislost mezi PPP a afektivními poruchami poukázalo mnoho autorů. Rothenberg (1986, podle Krch, 1999), který se zaměřil na prokázanou psychiatrickou

komorbiditu v různých studiích uvedl, že u anorektiček jsou nejčastějšími poruchami deprese a obsedantně kompulzivní neuróza, které se budu podrobněji věnovat v následující podkapitole. Herpertz-Dalman a Remschmidt (1995) na základě zhodnocení longitudinálních výzkumů vztahu mezi MA a depresí zjistili, že po čtyřech až sedmi letech byly depresivní příznaky nalezeny u 20-40% anorektiček, zatímco úzkostná porucha byla prokázána u 30-45% anorektiček.

Pokud jde o příčiny této souvislosti, Davis a kol. (1988, podle Krch, 1999) prokázal, že negativní nálada je jedním z důležitých faktorů vyvolávajících cyklus přejídání a pročišťování u bulimiček, a pravděpodobně souvisí i s nízkým energetickým příjmem anorektiček. Některé bulimičky, ale i obézní, netrpící PPP, uvádí, že používají jídlo jako prostředku ke zmírnění úzkosti.

Můžeme shrnout, že depresivní symptomatika se u mentální anorexie i bulimie projevuje především na začátku a v průběhu choroby, a po úspěšné léčbě mnohdy odeznívá, zatímco úzkostné příznaky přetrvávají u MA i MB ještě dlouho po vyléčení. Většina autorů se pak shoduje, že depresivní nálada a úzkostná porucha jsou významné, i když pravděpodobně nespecifické faktory, zvyšující riziko PPP.

5.1.1 Obsedantně kompulzivní porucha

Obsedantně kompulzivní porucha (dále jen OCD) patří k úzkostným poruchám a je poruchou chronickou. Pacientka má nutkání vykonávat určité rituály, které dokud nevykoná, má pocit nesnesitelné úzkosti. Začátek poruchy je většinou mezi 18. a 25. rokem. Průběh je dlouhodobý a po zhoršení do určitého stádia intenzita kolísá. Mezi obecnou populací je její výskyt 2-3%, a vyskytuje se srovnatelně u mužů i u žen. Léčí se zpravidla kombinací antidepressiv a psychoterapie.

Již jsem zmiňovala srovnávací studii Rothenberga (1986, podle Krch, 1999), ve které označil za nejčastější psychiatrickou komorbiditu anorektiček srovnatelně depresi a obsedantně kompulzivní neurózu. Výskyt OCD u anorektiček se pohybuje mezi 27% (Morgan a Russell, 1975),

Stonehill a Crisp (1977) i zde spatřují biologickou souvislost, a konstatují, že v jejich sledovaném souboru 45 neléčených anorektiček se obsedantní rysy i úzkostnost výrazně snižují po znovunabytí hmotnosti. Také Garfinkel a Garner dodávají, že malnutrice se výrazně podílí na často zjišťovaných obsedantní rysech u anorektiček.

Vzájemnou souvislost mezi obsedantními rysy a MA sledoval dále Patton (1988, podle Holden, 1990), který ve svém výzkumu na tisíci středoškolaček našel obsedantní rysy u 17 pacientek s MA při prvním vyšetření, u dalších 26 už však nikoli. Dospěl k závěru, že premorbidní osobnost většiny pacientek s MA již má obsedantní rysy, které se v průběhu choroby dále akcentují.

Společný výskyt OCD a MA autoři vysvětlují tím, že u obou poruch se velmi často uplatňuje nízké sebevědomí a vnitřní nejistota, které vedou k potřebě zvýšené sebekontroly, a to nejen v jídle, ale i v jiných oblastech.

5.2 Porucha osobnosti

Tak jako v předešlých výzkumech, i zde narážíme na problém falešně pozitivních diagnóz. Pokud jde o osobnost žen s PPP, mnozí odborníci uváděli zvýšený výskyt hraniční poruchy osobnosti, a to jak u mentální anorexie, tak i bulimie (vyšší výskyt u MB uvádí Wonderlich a Swift, 1990).

Výskyt hraniční poruchy osobnosti u mentální anorexie je odhadován na 0-42%, v závislosti na jednotlivých studiích. Výsledky jsou ovlivněny zejména typem léčby zkoumaných pacientů, přičemž nejvyšší výskyt této poruchy je uváděn mezi hospitalizovanými pacienty. Stejní autoři poukazují na fakt, že diagnóza hraniční porucha osobnosti je mnohdy vymezena velmi široce, a některá diagnostická kritéria jsou stejná jako u mentální bulimie, například přejídání, impulzivita a některé depresivní symptomy. Falešně pozitivní diagnóza se tak vyskytuje nejen u MB, ale i u deprese. U ambulantních pacientek s MB ve studii, která současně sledovala specifitu užití metody k zachycení hraniční poruchy osobnosti, byla tato nalezena u 1,9 % , zatímco u depresivních pacientů byla konstatována u 4,5% (Pope a Hudson, 1989).

Garner et al. (1990) dochází k povzbudivému závěru, že se snížením bulimické symptomatiky dochází zároveň k významnému snížení skóre v „Borderline Syndrome Index“.

Dalšími poruchami osobnosti, které jsou s poruchou příjmu potravy spojované, jsou narcistická porucha osobnosti (Morgan a Russell, 1975), závislá porucha osobnosti, paranoidní porucha osobnosti apod.

Můžeme shrnout, že osobnostní rysy žen s PPP jako nízké sebevědomí, obtíže v oblasti sebekontroly, sociální problémy a další je predisponují trpět zároveň poruchou osobnosti spíše nežli je jejich výskyt v obecné populaci.

5.3 Duševní porucha

Duševní porucha je zřejmou zátěží, na kterou predisponovaní jedinci mohou reagovat právě rozvinutím poruchy příjmu potravy. K poruše příjmu potravy má nejbližší dysmorfofobie, při které se postižený člověk kriticky zaobírá částí svého těla, a činí její domněle abnormální vzhled zodpovědný za některé své jiné problémy, obvykle interpersonální, nebo profesní. Například si může myslet, že údajně velký nos je vážným handicapem pro postup v profesi, která je zcela jinak zaměřená, nebo že větší prsa by odstranila stud prožívaný při kontaktu s příslušníky opačného pohlaví. Intenzita příznaků této poruchy může dosáhnout hloubky bludu a potom hovoříme o bludné dysmorfofobii (v rámci trvalé poruchy s bludy). Dysmorfofobický blud může však být také součástí dalších psychotických onemocnění. Pacientky s PPP, zaměřené na dokonalý vzhled svého těla, mohou mít k této poruše sklony. Také daleko častěji využívají nabídky plastické chirurgie, než ženy bez tohoto onemocnění.

5.4 Závislost na psychoaktivních látkách

Závislost na psychoaktivních látkách je u pacientek s PPP poměrně častým jevem. Mnozí autoři popisují abúzus zejména alkoholu v rodinách anorektiček i bulimiček (např. Garfinkel a Garner, 1982, Hsu, 1990 a další).

Problémy se závislostí jsou typičtější pro bulimičky než pro anorektičky. To je pravděpodobně dáno tím, že typické osobnostní rysy bulimiček, jako je impulzivita, nezdrženlivost, oslabení sebekontroly jsou typické i pro závislé jedince, a tím, že regulace alkoholu a přijímání potravy jsou řízeny stejnými mechanismy (Swift, 1995, podle Krch, 1999). Většina odborníků se tak shoduje, že na rozvoji obou poruch, PPP i závislosti, se podílí mnoho faktorů, z nichž většina však také zvyšuje vulnerabilitu i pro jiné psychiatrické potíže (Fairburn a kol., 1997, podle Krch, 1999).

Asi nejčastěji se vyskytující duální diagnózou je mentální bulimie a závislost na alkoholu. Výskyt závislosti na alkoholu u bulimiček se pohybuje v rozmezí 2,9% - 48,6%, v závislosti na jednotlivých studiích. Také u anorektiček s bulimickými epizodami se alkoholismus vyskytuje u 12% - 39%.

Co se týká nealkoholových drog, asi 20% bulimiček uvádí jejich současné nebo minulé užívání. Podle některých výzkumů je však toto procento vyšší, až 55% (Holderness a kol, 1993).

Výzkum, sledující užívání drog hospitalizovanými pacientkami s PPP (Bulik a kol., 1992), zjistil užívání marihuany u 15% anorektiček a 45% bulimiček, dále 7% bulimiček mělo zkušenost s opiáty a 21,4% bulimiček a 3,8% anorektiček s kokainem. Více než polovina bulimiček (téměř dvakrát více než v běžné populaci) oproti 6% anorektiček v tomto souboru kouřila. I když musíme brát ohled na to, že u hospitalizovaných patientek se již zpravidla jedná o výraznější patologickou symptomatiku, přesto představuje zajímavou sondu do tendencí patientek s PPP.

Pokud jde o příčiny tak časté koincidence bulimie a závislosti na psychoaktivních látkách, Wilson (1993) uvádí tři odlišné hypotézy:

- 1) obě poruchy jsou projevem stejné biologické vulnerability, tzv. adiktivní predispozice
- 2) společná adiktivní osobnost
- 3) PPP a některé její příznaky zvyšují riziko nebezpečí rozvoje závislosti na psychoaktivní látce.

Žádná z těchto hypotéz však nebyla potvrzena. Můžeme tak předpokládat společný vliv všech těchto tří proměnných, v duchu komplexního přístupu k tak složité problematice.

II ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

6 HISTORIE ZÁVISLOSTI NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

Historie užívání omamných látek sahá až do dávnověku. Původně bylo úzce spojeno s náboženskými a kmenovými rituály, a rostliny obsahující omamné látky byly považovány za dar bohů. Jejich účinky napomáhaly styku se zemřelými blízkými či nadpřirozenými bytostmi, a také pomáhaly léčit nemocné. Od pradávna byly známy jak léčebné, tak i omamné účinky drog – například obličejové sošky „bohyní máku a makovic“ ze starověké Kréty (13. století př.n.l.) mají zvláštní výraz extáze v opiovém opojení. Vlastnosti makové šťávy jsou jako snad nejstarší doložitelně známé - na území starodávné Mezopotámie již v době neolitu (8000 - 5000 let př.n.l.). Výjimečné postavení mezi drogami má alkohol, který patří mezi nejstarší, nejrozšířenější a nejvíce užívané drogy. Tradici má od nepaměti - stopy po výrobě kvašených nápojů byly nalezeny již mezi prvními doklady o pěstování obilovin. U některých kmenů bylo užívání halucinogenních drog výsadou jen vybrané skupiny osob, jako šamani a kněží a ostatní příslušníci kmene mohli drogy užívat jen s jejich souhlasem a pod jejich dozorem. Některé stimulační drogy, např. koka v Jižní Americe, která je známa už pravděpodobně 5000 let, naopak pomáhaly velkému množství lidí překonávat fyzickou i duševní únavu či pocit hladu. Naši dávní předkové přistupovali k opojným vlastnostem drog většinou s úctou a respektem jako k božským silám, ovšem i oni těmto silám mnohdy podléhali.

V současné době se drogy vyrábí buď zcela synteticky (například pervitin a LSD), nebo chemickou úpravou látek rostlinného původu (například heroin a kokain), či se používá chemicky neupravená přírodní látka (například cannabinol a psilocybin). Masově se drogy začaly rozšiřovat zejména v Evropě a Severní Americe v 19. století spolu s rozvojem farmaceutického výzkumu a průmyslu. Byly izolovány alkaloidy, např. morfin (v roce 1805), kofein (v roce 1820), nikotin (v roce 1828), atropin (v roce 1833), kokain (v roce 1859), a efedrin (v roce 1887). Celá řada těchto látek se začala záhy komerčně vyrábět - např. morfin (firma Merck od roku 1828), kokain (firma Merck od roku 1862), heroin (firma Bayer od roku 1898 - prostředek proti kašli a k uklidnění). Farmaceutický průmysl se postupně zautomatizoval a rozšířil po světě léčiva s obsahem zmíněných omamných látek, včetně konopí a alkoholu. K automatizaci došlo i v tabákovém průmyslu, který uvedl v polovině 19. století na trh cigarety).

Od počátku 20. století pod vlivem společenského hodnocení postupně vedlo k rozdělení drog na legální (jako alkohol a nikotin) a nelegální (např. kokain, heroin a konopí). Výroba nelegálních drog byla zakázána a postihována, v případě důležitých léčiv pak byla velmi zpřísněna pravidla zacházení s těmito látkami. Postupně došlo k nárůstu ilegálních překupnických mezinárodních organizací, k ilegální syntéze řady nových drog (zejména nové halucinogeny a stimulancia). V roce 1961 byla uzavřena mezinárodní jednotná dohoda OSN o zákazu všech drog lidem škodlivých (Single Convention on Narcotic Drugs), posílená dalšími pozdějšími dohodami. Závislosti na omamných látkách (včetně závislosti na alkoholu a nikotinismu) začaly být hodnoceny jako chronická onemocnění CNS.

V současnosti je stále více podporován výzkum mechanismů závislosti a snahy o léčení a prevenci závislostí. Navzdory tomu se ve světě stále zvyšuje počet lidí závislých na drogách, a rovněž se rozšiřuje spektrum užívaných drog.

7 VYMEZENÍ POJMU

7.1 Definice pojmu závislost

Stav drogové závislosti je již řadu let řazen mezi chronická onemocnění CNS. Světová zdravotnická organizace závislost na omamných látkách definuje jako „psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně (ustavičně nebo intermitentně) pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.“ Mezinárodní klasifikace nemocí upozorňuje, že při závislosti má pro jedince užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Jako nejpodstatnější popisnou charakteristiku onemocnění označuje touhu (často silnou, přemáhající) užívat psychoaktivní látku nebo látky. Touhu užívat drogy si závislý uvědomuje, i když ji nemusí přiznávat, a často se snaží užívání kontrolovat nebo i zastavit, mnohdy neúspěšně. Syndrom závislosti se může vztahovat na jednu látku, například heroin, nebo třídu látek, například opioidy, nebo širší řadu různých látek. Závislost je popisována i v jiných oblastech než je užívání návykových látek, například gamblerství a mnohé jiné.

Podle MKN – 10 lze definovat závislost, pokud během posledního roku došlo k třem nebo více z následujících jevů:

- a) Silná touha užívat látku.
- b) Potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení anebo množství látky.
- c) Somatický odvykací stav, užívání látky k odstranění nebo zmenšení tělesných odvykacích příznaků.
- d) Průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu).
- e) Zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy.
- f) Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy z nadměrného užívání látky/látek, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.).

7.2 Definice pojmu psychoaktivní látka

Psychoaktivní látka, t.j. droga, je jakákoli syntetická či přírodní látka, která v lidském organismu vyvolá změnu jeho činností. V užším smyslu je to látka, která se užívá, respektive zneužívá ke změně duševního stavu, tzn. nálady, prožívání stavu bdělosti či útlumu, k fyzickému či psychickému “oživení” a zásadní změny chování. Tyto změny jsou způsobeny působením psychoaktivní látky (drogy) na centrální nervovou soustavu, jejíž činnost a výkonnost se projevuje kvalitou duševní činnosti. Přesná definice drogy pochází z roku 1969 - komise znalců Světové zdravotnické organizace ji publikovala v této podobě: “Droga, jakákoliv látka (substance), která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho životních funkcí.”

Tato definice je dost široká, zahrnuje všechny hmotné látky, přírodní i syntetické, které působí přímo či nepřímo na centrálně nervovou soustavu, kde mění mozkové funkce a způsobuje dočasné změny ve vnímání, náladě, vědomí a chování, a mohou vyvolat závislost. Tato definice zároveň vylučuje výhradně psychické vlivy.

MKN – 10 dělí psychoaktivní látky na:

- alkohol
- opioidy
- kanabinoidy
- sedativa, hypnotika
- kokain
- jiná stimulancia včetně kofeinu
- halucinogeny
- tabák
- prchavá rozpustidla

8 ETIOPATOGENETICKÉ FAKTORY ZÁVISLOSTI NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

Podobně jako je tomu u poruch příjmu potravy, příčin užívání a rozvoje závislosti na psychoaktivní látce je celá řada. Urban (1973) rozdělil pozadí vzniku závislosti na jednotlivé oblasti v 4-faktorovém modelu následovně:

- 1) faktory farmakologické (droga)
- 2) faktory somatické a psychické (osobnost uživatele)
- 3) faktory enviromentální (prostředí)
- 4) faktory precipitující (podnět)

Do jaké míry se přitom jednotlivé faktory na rozvoji závislosti podílí, lze určit jen přibližně u konkrétních jednotlivých případů.

Známým a uznávaným modelem je bio–psycho–sociální model (sborník Drogy ze všech stran, 1995), který sleduje následující hlediska:

- 1) droga – její charakter, účinky, závislostní potenciál, míra rizika, způsob aplikace atd.
- 2) člověk – jeho rizikové a naopak protektivní osobnostní charakteristiky. Za rizikové jsou považovány nízké sebevědomí a sebehodnocení, nízká výkonnost, úzkostnost, nezdrženlivost, nízká výkonnost, narušené sociální vazby nebo částečná či úplná sociální izolace, nedostatek asertivity a schopnosti odolávat tlaku vrstevníků, neefektivní způsoby zvládání stresu, sklon k depresím, a dále zdravotní handicap – opačné atributy jsou pak považovány za protektivní.
- 3) prostředí, do kterého zahrnujeme

a) společnost – její postoje a normy, dostupnost drog, míra společenského stresu, orientace společnosti na výkon a konzumní hodnoty, oslabení pozice rodiny, a také koncepce protidrogové politiky, investice do protidrogové prevence a informovanost.

b) rodinné prostředí – atmosféra v rodině, výchovný styl, rodinný systém hodnot a norem, užívání a dostupnost drog v rodině.

c) vrstevnické prostředí (kamarádi, škola) – důležité jsou hodnoty dané skupiny, převládající způsob života a styl. Mnohdy jsou skupinové normy důležitějším faktorem než samotná droga.

K tomuto modelu se nověji přidává spirituální faktor, který zohledňuje to, že někteří lidé hledají v účinku drogy transcendentní zážitek, cestu k spirituálnímu naplnění, přesahu sebe, nalezení smyslu. Mluvíme pak o bio-psycho-socio-spirituálním modelu.

8.1 Biologické faktory

Vliv genetiky na závislosti je sledován výzkumníky již dlouho, a bylo v tomto smyslu učiněno mnoho zajímavých zjištění. Dědičnost má důležitou úlohu ve zvyšování pravděpodobnosti rozvoje závislosti na jednotlivých nelegálních drogách, i na alkoholu a tabáku. Royce (1989) prokázal vyšší vrozenou toleranci k alkoholu u dětí alkoholiků. Dále co se týká výskytu alkoholismu v příbuzenství prvního stupně, Shahpesandý (2005) označuje tento prediktor jako nejvýznamnější pro rozvoj alkoholismu. Děti alkoholiků jsou podle něj k alkoholismu přibližně dvakrát náchylnější než jedinci bez této zátěže. Je zde však obtížné odlišit biologický, vrozený vliv od výchovy, rodinného modelu a osobnosti člověka, který v rodině alkoholika vyrůstal. Můžeme však konstatovat, že přibližně 30% závislých na alkoholu má otce nebo matku se stejnou diagnózou (Nociar, 2001). Dřívější zahraniční výzkumy poukazují na to, že alkoholismus je přenášen z matek na dcery a z otců na syny. U adoptovaných dcer, jejichž biologická matka byla alkoholička, hrozí až čtyřnásobně vyšší riziko vzniku alkoholismu. Pokud byl však alkoholikem pouze biologický otec, riziko závislosti dcery není oproti běžné populaci zvýšené.

Důvod, proč lidský mozek touží po droze, je podle některých vědců v takzvaném odměňovacím systému, který příjemným pocitem oceňuje a upevňuje ty druhy chování, které slouží k zachování druhu. Jeho nejvýraznějšími projevy jsou touha po jídle a sexuální pud. Pozitivní zkušenost - odměna – pak vede člověka k dalšímu vyhledávání drog. Mimo závislosti na drogách a alkoholu se za poruchy odměňovacího systému považují i bulimie a anorexie, ale také psychosexuální problémy.

Genetické studie dále prokázaly vyšší shodu ve výskytu alkoholismu u jednovaječných dvojčat než u dvojvaječných. Lze shrnout, že ačkoli je genetický vliv prokázáný a velmi podstatný, nevylučuje ani rizika způsobená působením prostředí a osobnostních faktorů (Tarter, Alterman, Edwards 1985; Cloninger a kol. 1988; Searles 1988, podle Nociar, 2001).

8.2 Psychologické faktory

8.2.1 Rodinné faktory

Rodina je primární sociální skupinou, která se stará o základní psychické i fyzické potřeby dítěte, které jsou důležité pro jeho vývoj (Verešová, 2004). Mnohdy však právě

rodina poskytne nefunkční vzory a učí člověka maladaptivním způsobům řešení problémů a nakládání se stresem. Rodiče coby identifikační vzory upevňují určité reakce svých dětí, ať už záměrnou výchovou, nebo ještě spíše vlastním příkladem. Stávají se tak také modelem pro budoucí přístup svých dětí k zacházení s léky, k alkoholu, tabáku i drogám.

Verešová a Ondrušková (1997) vymezují modely dysfunkčních rodin, u kterých je vyšší riziko vzniku závislosti na psychoaktivní látce. Jsou to:

- 1) Dominantní, citově vzdálený a přísný otec a submisivní, emočně labilní matka, která se snaží vyrovnávat napětí mezi otcem a adolescentem. Tato role dále polarizuje dominantní a submisivní pozici v rodině a je emočně neuspokojivá pro všechny členy. Vnitřní vazby jsou labilní a rodina funguje jen navenek.
- 2) Dominantní matka a nepřítomný, submisivní nebo neangažovaný otec, stereotypní chování v rodině a rigidní tlak na dodržování zvyklostí.
- 3) Hyperprotektivní matka, která brání emočnímu vývoji dítěte – ustrnutím na určitém stupni vztahu mezi ní a dítětem není schopná mu poskytnout prostor a adekvátně reagovat na jeho potřeby – neumožňuje sebeprosazení a vlastní identifikace.
- 4) Rodiny, v nichž jeden nebo oba rodiče zneužívají alkohol nebo jiné drogy. Dítě snadno absorbuje normy, které v jeho původní rodině fungují.

Za nejvíce ohrožující prostředí ve smyslu rizika rozvoje závislosti je považována chaotická a zanedbávající rodina, obzvláště vyskytuje-li se mezi rodiči problém se závislostí, anebo naopak rodina hyperprotektivní a omezující. Různorodé typy rizikových faktorů na rovině rodiny shrnuje Hajný (podle Kalina, 2003). Jsou to:

- nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte (zejména nedostatečnou pozornost k pozitivnímu chování a nadměrnou k chybám a selhání, nedůslednost – vyvolávají nejistotu a nízké sebevědomí).
- narušené či zatížené vztahy mezi rodičem a dítětem (typicky syn nedůsledné, nadměrně ochraňující matky a chladného či vzdáleného otce, anebo dcera chladné a kontrolující matky, případně úzkostné matky využívající ji jako důvěrnici).
- chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi (extrémní variantou je pohlavní zneužití, které v anamnéze udává až 90% závislých žen (Cuskey, 1979)
- skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině
- závislost v roli prvku, který udržuje rovnováhu v rodině (problémy dítěte, užívajícího drogy, jsou výmluvou pro vše co v rodině nefunguje a umožňují soustředit se jen na něj. Jindy naopak rodiče skrytě podporují závislost dítěte, protože mají strach z jeho úplné separace)

- jeden či více závislých členů rodiny (mnohé empirické studie, například Steinglass, 1981) potvrzují vysoké riziko narušení dítěte, úměrně tomu, nakolik závislý, zpravidla rodič negativně ovlivňuje chod rodiny. Výjimkou je homeostáza se závislým, například dobromyslný otec, který konstantně popíjí, a abstinence tuto homeostázu naruší)
- kodependence (vzorec osobnostních rysů, který lze do určité míry předpokládat u všech členů závislých rodin. Např. Cermak (1986) popisuje některé jeho znaky: přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého, jeho kontrolování i na úkor vlastní sebeúcty, zkreslování hranic mezi generacemi a rolemi v rodině a další).

8.2.2 Vývojové faktory

Prvními vlivy, negativně působícími na vývoj jedince, je již prenatální expozice plodu návykovým látkám. Pokud se člověk již v průběhu svého nitroděložního života setkával s psychoaktivními látkami, můžeme tuto skutečnost považovat za rizikový vliv pro pozdější rozvoj závislosti, a to zejména byla-li matka sama přímo závislá na alkoholu či drogách a plod se tak s těmito látkami dostával do kontaktu pravidelně. Dalším mezním obdobím je porod, v jehož průběhu - perinatálně – bývají mnohdy použity psychotropní a tlumivé látky. Podle některých teorií je tak první formující zkušeností úleva a ukončení nesnází spojených s příchodem na svět pomocí anestetik a dalších psychoaktivních látek.

Útlé dětství je samozřejmě senzitivním obdobím, kdy se dítě od svých rodičů nejvíce učí. Formuje se osobnost dítěte v interakci hlavně s rodinou, která má v tomto období výrazně vyšší vliv než sociální a kulturní prostředí. Také traumata, která dítě v tomto období zažije, například nucená separace od rodiny, mohou hrát ve vzniku budoucí závislosti roli.

Důležitými vývojovými úkoly v dětství jsou separace a individuace, naučení se odkládat uspokojení, snášet nepříjemné afekty a jiné. Právě to jsou oblasti, ve kterých mnozí závislí adolescenti a dospělí selhávají.

Období adolescence je náročné období, ve kterém se dospívající postupně separují od rodiny a učí nezávislosti. Zažívají krizi identity, a nejprve na základě negativistického obrácení rodičovských hodnot, později již samostatně budují svůj vlastní systém hodnot a přesvědčení. Je to také období experimentování a zkoušení nových rolí i získávání nových zkušeností. Jak jsem již zmínila, zejména dívky, ale i chlapci v tomto období mnohdy bojují s nízkým sebevědomím, a také potřebou souhlasu ze strany okolí. Větší roli získává

vrstevnická skupina, a je zde proto výraznější nebezpečí, že se dospívající chytí skupiny kamarádů, experimentující s návykovými látkami.

Toto období je kritické pro vytváření vlastního životního stylu, ať už zdravého, anebo stylu pravidelného konzumenta alkoholu či uživatele drog. Dá se říci, že je to doba revize zvládnutí předcházejících vývojových úkolů.

Na prvním místě je úkol vytvořit svou vlastní identitu (Erikson, 1958). V případě selhání se osobnost dospívajícího formuje jako chaotická, difúzní identita se slabým já, která je pro závislého jedince typická. Dalšími úkoly jsou přijetí reálného obrazu svého těla, ujasnění si své sexuální preference a realizace svých potřeb. U těch, kteří nebo častěji které nepřijímají dospělejší koncept svého těla, se snadnou cestou k shazování váhy může stát například užívání pervitinu. Dalšími důležitými úkoly jsou stabilizace své pozice mezi vrstevníky, ujasňování si preferencí pro volbu kamarádů a partnera, volba povolání a nalezení vyváženějšího vztahu k rodičům (Hajný, 2003).

8.2.3 Spouštěč - traumatické životní události

Životní události, které mají dostatečně traumatizující vliv, se mohou vyskytnout v jakékoli fázi života jedince. V dětství může být takovou událostí typicky sexuální zneužití či znásilnění, zejména jedná-li se o člena rodiny, náhlé úmrtí blízké osoby, separace od rodičů, bolestivá léčba či operace nebo obecně účast na nějaké hrůzné události.

V adolescenci za takto traumatické události považujeme tělesné a sexuální násilí, znásilnění, vražedný pokus, těžkou nehodu či ozbrojené přepadení.

V čím mladším věku k takové události došlo, tím ničivější následky na vývoj osobnosti má. Dítě se snaží vyrovnat se s takovým zážitkem pomocí egoobraných mechanismů, zejména potlačení a disociace (odštěpení). Trauma působí jako zapomenuté, ale projevuje se v podobě flash-backů, nočních můr, chronické netečnosti či podrážděnosti, strachu a výbuchů agresivity. Spojitost mezi někdejší traumatem a tímto chováním a prožíváním je dávno zapomenuta, což komplikuje možnost vyrovnání se s ním.

Rozlišujeme trauma 1. a 2. typu. První typ ústí v posttraumatickou stresovou poruchu se všemi jejími důsledky, častěji však vede k vyhledání profesionální pomoci. Druhý typ má za následek zbrždění vývoje, který se dále ubírá jiným směrem. Dochází k chronické afektivní disregulaci, destruktivnímu jednání vůči sobě i druhým, narušení vztahu k dospělým. Deformace ve vnímání vlastní osoby i druhých lidí může vést k vývoji poruchy osobnosti, jako je hraniční, narcistická, disociativní či antisociální porucha osobnosti.

Dočasná emoční úleva po aplikaci drogy, spojená s revoltou vůči společnosti a sebepoškozujícím jednáním, pak může být zdánlivě snadným řešením obtížných prožitků adolescenta (Kudrle, podle Kalina, 2003).

8.2.4 Osobnostní faktory

Skupina žen, u kterých vznikla závislost, je skupinou heterogenní, jednotlivé pacientky se od sebe mohou i velmi zásadně lišit. Kombinaci osobnostních charakteristik závislého, predisponující takového jedince nezvratně k závislosti, nelze přesně určit (Urban, 1973). Přesto můžeme popsat, jaké osobnostní rysy se u závislých vyskytují nápadně často, a jsou pro tuto skupinu typické – například nezdrženlivost, nestálost, zvýšený egocentrismus, sklon k požitkářství a snížená odolnost vůči zátěži. Častá je rovněž komorbidita s afektivními poruchami, depresí a úzkostnými poruchy. Stejně tak u závislých nacházíme obsedantně kompulzivní poruchu.

Již jsem zmínila biologické a rodinné vlivy, zvyšující riziko rozvoje závislosti, v příští podkapitole se budu podrobněji věnovat sociálním a kulturním faktorům. Při stálém vědomí kontextu, v jakém se osobnost závislé ženy vyvíjí, se nyní pokusím shrnout některé charakteristické rysy osobnosti žen, u nichž se závislost rozvinula. Nejčastějším důvodem, který závislé ženy pro své jednání uvádí, jsou právě psychické důvody. Častěji než muži popisují, že pijí či berou drogy, aby se vyhnuly pocitům deprese, úzkosti, výčitkám svědomí a byly celkově schopné se lépe uvolnit a začlenit do společnosti. Pokusím se odlišit osobnost ženy, závislé na alkoholu, od osobnosti toxikomanky. I ty představují velmi různorodou skupinu, z důvodu rozsahu této práce se však nemůžu zabývat jejím dalším členěním a vymežováním

Pro ženy závislé na alkoholu jsou typické následující charakteristiky:

- slabé ego (orientace na přítomnost, nízká frustrační tolerance, impulzivita, nezralost, hostilita, nedostatečně diferencovaná sexuální identita, negativní self-koncept)
- zdůrazňování stimulace (mnohdy zvýšená senzitivita, hypochondrie a strach ze smrti)
- závislost na poli (znaky nediferencovanosti, závislosti a pasivity)
- neurotičnost (hlavně labilita, anxieta, deprese).

Pro ženy závislé na drogách jsou pak typické tyto charakteristiky:

- snížená schopnost snést zátěž

- úzkost
- deprese
- impulzivita
- vzdorovitost
- přecitlivělost
- perfekcionismus
- velikášství a nadřazenost (zakrývající nízké sebevědomí)

8.3 Sociální a kulturní faktory

V adolescenci, typické pro počátek experimentování s drogami, nabývá kamarádská skupina vysokou důležitost. Adolescenti se snaží vyhledávat kamarády, se kterými je spojují jejich názory na společnost, vůči níž mnohdy revoltují, i ostatní prožitky. Tato skupina pak může u disponovaných jedinců iniciovat i nadále podporovat a rozvíjet škodlivé chování, jakým je například pravidelná konzumace alkoholu, kouření a užívání drog. Kamarádská skupina může mít naopak protektivní účinky – například pokud jednotlivcem zájmem je sportovní aktivita, mohou kamarádi sehrát důležitou roli v tlumení negativních vlivů experimentování s návykovými látkami, a motivovat jedince zpět k zdravějšímu životnímu stylu.

Dlouhodobé užívání drog pak vede k postupné devastaci téměř všech nebo všech vztahů a sociální izolaci. Důležitý je partnerský vztah, ve kterém může mít partner snahu chránit před škodlivým vlivem party a drog, často však tomuto vlivu sám podléhá. Vliv partnera či manžela je zvláště pro ženy poměrně typický – soužití s aktivním alkoholikem se považuje pro ženu za velmi rizikový faktor.

Vlivy prostředí můžeme rozlišit na vlivy skupiny *primární*, kde se členové stýkají úzce a osobně - partner, kamarádi, kolegové v práci – dále pak skupiny *sekundární*, které již nejsou tak blízké, například politické strany, zájmové spolky a náboženská uskupení, a nakonec *terciální*, jimiž jsou masmédia jako televize, internet, tisk, ale i literatura a hudba. Prostředí určuje celkový rámec toho, v jakých hodnotách a očekáváních se jedinec vyvíjí. Presl (1994) považuje vliv prostředí za nejpodstatnější pro vznik drogové závislosti.

III ÚČINKY LÁTEK VE VZTAHU K PPP

9 PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY

9.1 Alkohol

Alkohol je legální droga, patří mezi centrálně tlumivé látky. V malých dávkách zvyšuje energii, sebevědomí, uvolňuje a způsobuje dobrou náladu. Také stimuluje sekreci žaludečních šťáv a zvyšuje chuť k jídlu, proto bývá popíjen před jídlem jako tzv. aperitiv. Ve vyšších dávkách utlumuje psychomotorické tempo, způsobuje změnu nálady směrem k agresi, lítostivosti nebo depresi, a také výrazně zpomaluje trávení. Také inhibuje sekreci diuretického hormonu, a proto má močopudný efekt (Milgram, 1990).

Alkohol má vysokou kalorickou hodnotu, pro kterou ho zejména anorektičky často odmítají. Bulimičky jím někdy nahrazují večeři, čímž velmi ohrožují své zdraví – zejména při rychlém a výraznému napití se na lačný žaludek klesá hladina cukru v krvi. Tato hypoglykémie pak může vést až k rozvoji šokového stavu, pro který někdy bývají bulimičky hospitalizovány na anesteziologicko-resuscitačních odděleních.

Anxiolytický účinek alkoholu je jedním z důvodů, pro který jej hlavně bulimičky (mezi jejichž povahové vlastnosti patří impulzivita a nezdrženlivost) vyhledávají. Oslabuje výčitky, které pociťují kvůli svému kompenzačnímu chování (zvracení, projímadla). Také však vede ke ztrátě nebo oslabení kontroly, což pro bulimičky znamená vysoké riziko bulimického záchvatu.

Jak jsem již popsala v kapitole 5.4 Komorbidita: Závislost na psychoaktivních látkách, regulace alkoholu a přijímání potravy jsou řízeny stejnými mechanismy (Swift, 1995). Závislost na alkoholu a mentální bulimie je asi nejčastěji se vyskytující duální diagnózou. Výskyt závislosti na alkoholu u bulimiček se pohybuje v rozmezí 2,9% - 48,6%, v závislosti na jednotlivých studiích. Také u anorektiček s bulimickými epizodami se alkoholismus vyskytuje u 12% - 39%.

Naopak, chronický alkoholismus mnohdy způsobuje nechutenství a vyhublost, je i sekundárním symptomem při poškození trávicích sliznic alkoholem. Škodlivá je zejména kombinace dlouhodobého nadužívání alkoholu (pro ženy více než jedna sklenička vína nebo piva denně) a zanedbávání výživy. Urychluje toxické poškození trávicí soustavy, zejména jater (Zima a kol. 1996).

9.2 Cannabinoidy

Marihuana je droga, která se dá považovat za částečně legální. Nízké dávky této rostliny vedou k navození klidu a vzrůstajícího pocitu dobré pohody, doprovázené jakýmsi stavem zasněného uvolňování, dále pak pocitem hladu, a zejména chuti na sladké. Při vyšších dávkách se objevuje euforie, kdy se uživatel směje všemu. Po tomto stavu lehké euforie nastává útlum a ospalost. Pro tyto své vlastnosti bývá marihuana využívána v terapii nechutenství. Tlumí také nutkání ke zvracení a krátkodobě pocity deprese a úzkosti – dlouhodobé pravidelné užívání však způsobuje stavy apatie, nemotivovanosti a depresivní nálady. Má četné další účinky, pro které je hojně využívána v medicíně – nikoli však formou kouření sušených květenství, ale jako konopný výtažek, více známý jako hašový olej, podávaný perorálně nebo jako sublinguální sprej. Tyto účinky nemají vztah k poruchám příjmu potravy, proto se jim nebudu dále věnovat.

Tak jako u jiných drog, užívání marihuany se týká ve větší míře bulimiček, než anorektiček. Depresivní ladění a nezdrženlivost spolu s poměrně snadnou dostupností této drogy jsou příčinou jejího relativně častého zneužívání těmito pacientkami. Ve výzkumu, sledujícím užívání drog hospitalizovanými pacientkami s PPP (Bulik a kol., 1992), bylo zjištěno užívání marihuany 15% anorektiček a 45% bulimiček.

9.3 Nikotin

Nikotin je vysoce návyková psychoaktivní látka (farmakologický a behaviorální proces determinující vznik závislosti je u tabáku podobný jako u heroinu a kokainu). Závislost na nikotinu je stav, který nutí člověka kouřit i přes částečné znalosti zdravotních následků a úsilí přestat. Nikotin, stejně jako kofein, mírně zvyšuje metabolickou aktivitu. Může však mít vliv i na další mechanismy spojené s chutí, které při vynechání kouření mohou zvyšovat pocit hladu a chuť k jídlu. Mnoho kuřáků a kuřáček se proto obává nárůstu hmotnosti poté, co přestanou kouřit. Odvykající kuřáci skutečně v průměru několik kilogramů během prvních měsíců bez cigaret přiberou.

Některé anoretičky nebo bulimičky cigaretami nahrazují některá jídla. Důležitá je i finanční stránka – pravidelně kupovaná krabička cigaret představuje pro adolescentky, mnohdy trpící poruchou příjmu potravy, poměrně značnou finanční zátěž. Tu mohou mít tendenci kompenzovat hladovkou a neutracením peněz určených na jídlo.

Kuřáctví představuje poměrně rozšířenou závislost jak v populaci, tak mezi pacientkami s PPP – v již zmiňovaném výzkumu (Bulik a kol., 1992) kouřilo více než polovina bulimiček (téměř dvakrát víc než v běžné populaci), a také 6% anorektiček – tedy výrazně méně, než v běžné populaci.

9.4 Hypnotika a sedativa

Jsou to psychofarmaka, mající tlumivý vliv na CNS – snižují úzkost, v mírné dávce vzbuzují ospalost, v silnější dávce navozují stav podobný přirozenému spánku. Hranice mezi hypnotiky a sedativy je neostrá. Vysoká návykovost je typická zejména pro většinu starších farmak, například barbituráty. U těchto léčiv dávky vyšší než potřebné pro navození spánku mohou vést k celkové anestézii, případně až k útlumu respiračních a vasomotorických center a tím i ke kómatu (hluboké bezvědomí), v krajních případech až ke smrti. Riziko předávkování je nepatrné u skupiny benzodiazepinů, stále se však jedná o látku s vysokým rizikem rozvoje závislosti. Tyto léky se používají v terapii poruch spánku a úzkostí, z uvedeného důvodu jen krátkodobě. Prvními známými sedativy-hypnotiky bylo opium, využívané pro své analgetické účinky, a ethanol, který v první fázi a v malé dávce působí na CNS excitačně, ve zvýšené dávce pak způsobuje útlum.

Hypnotika a sedativa bývají pro své klidnicí účinky zneužívána lidmi trpícími úzkostí, a dále pak lidmi s depresivní náladou nebo depresí, kteří mnohdy trpí poruchou spánku, a také po něm ve zvýšené míře touží. Jak jsem již popsala, úzkost a deprese se mezi anorektičkami i bulimičkami vyskytuje ve zvýšené míře než v běžné populaci. Není to příliš obvyklé, ale i hypnotika a sedativa mohou být využívána při dietě – pacientka s PPP může někdy večer užít tyto léky, aby nepropadla večernímu hladu a zaspala z hlediska hladovky obtížnou část dne.

9.5 Anxiolytika (trankvilizéry)

Jsou to nejčastěji užívaná psychofarmaka. Jejich účinky jsou anxiolytické, sedativní a hypnotické. Používají se ke zmírnění úzkosti a strachu zejména u lidí, kterým tyto stavy způsobující somatické obtíže, jako například bušení srdce, průjemy, pocení apod. Jsou vysoce návykové, jejich užívání by proto mělo být co nejkratší, jen aby umožnilo překlenout životní krize způsobující úzkosti. Někdy se nicméně nelze vyhnout dlouhodobému podávání. Anxiolytika vedou k únavě, ospalosti a ke snížení reaktivity. Hlavní chemickou skupinu představují opět benzodiazepiny, nejznámějším preparátem je Diazepam. Pacientky

s poruchou příjmu potravy mají vyšší riziko zneužívání těchto látek vzhledem k časté úzkostně depresivní symptomatice. Vyšší četnost záchvatů přejídání byla sledována u bulimiček užívajících anxiolytika. (Wiederman, Prior, 1995, podle Hajný, 1998).

9.6 Psychostimulancia

Jsou to budivé látky, které urychlují psychomotorické tempo, zvyšují představivost, urychlují myšlení, na úkor přesnosti zlepšují výbavnost paměti, navozují pocit euforie a zvýšené sebedůvěry. Dále zahánějí únavu, zkracují spánek a snižují chuť k jídlu. Patří sem kofein, amfetamin a jeho derivát extáze, metamfetamin, efedrin, kokain, pervitin a i odděleně popsany nikotin.

Pro mladé ženy s poruchou příjmu potravy se jedná o velmi atraktivní skupinu psychoaktivních látek s vysokým rizikem rozvoje závislosti. Pacientky užívající amfetaminy pak drží přísnější diety (Wiederman, Pryor 1995 in Hajný, 1998). Některé látky na amfetaminové bázi byly dokonce používány k léčbě obezity (např. Fenmetrazin, Dexfenmetrazin). Tento typ léčby obezity byl zaveden v šedesátých letech 20. století, z důvodu vysoké návykovosti však došlo k velmi značnému zpřísnění jejich preskripce (Zvolský, 1996).

Snížená chuť k jídlu, vyšší sebevědomí a energie jsou hlavní důvody, proč jsou stimulancia mezi pacientkami s PPP tak populární. Po vysazení drogy však naopak zpravidla dochází k rychlému váhovému přírůstku a depresivním rozladám, které mnohdy vedou k recidivě abúzu nebo nárůstu kompenzačních mechanismů, jako je užívání projímadel a zvracení.

Poměrně dostupný a pacientkami s PPP zvláště oblíbený je pervitin, který užívají anorektičky a ještě častěji bulimičky. Ve skupině modelek je mnohdy užíván kokain, i pro své euforizující účinky. Extáze bývá většinou užívána na tanečních party s jinou motivací než je úbytek váhy, přesto je mezi pacientkami s PPP oblíbena. Vysoký energetický výdej při tanečním maratonu je pro ně jasně pozitivním efektem.

9.7 Opiáty

Jsou to psychoaktivní látky s vysokým závislostním potenciálem. Mají tlumivý vliv na CNS, působí analgeticky, navozují pocit příjemné letargie, ve vyšších dávkách navozují ospalost až spánek. Jsou vyráběny buď z opiového máku nebo ze syntetických surovin

(souhrnně se nazývají opioidy), nebo se vyrábí z přírodního máku jako opium, morfin a heroin (nesou přímo název opiáty).

V prvních stádiích užívání opiátů dochází ke zklidnění, nepříjemné pocity jako úzkost a pocity viny z nadváhy nebo kompenzačního chování mizí. Tyto látky působí na tlumivě i na zažívací trakt, pro dlouhodobé uživatele heroinu je například typická zácpa. Velmi brzy (například u heroinu po 10 dávkách) se rozvíjí fyzická i psychická závislost, postupně dochází k zanedbání všech zájmů i péče o sebe včetně výživy a vytváří se typický vzhled drogově závislé osoby, který je pro některé dívky atraktivní. V průběhu užívání drogy jsou poruchy příjmu potravy zatlačeny do pozadí, v případě úspěšné abstinence však u většiny bývalých uživatelů dochází k výraznému zvýšení chuti k jídlu a přírůstku na váze, někdy i desítek kilogramů v průběhu několika měsíců. V případě dlouhodobé abstinence se zpravidla daří dostat tělesnou hmotnost zpět na normální hodnotu, u disponovaných jedinců však nespokojenost s postavou může vést k relapsu drogové závislosti nebo relapsu či rozvinutí poruchy příjmu potravy.

Opiát heroin je pro pacientky s PPP často až tím druhým v pořadí. Slouží k úlevě od efektů dlouhodobého užívání pervitinu, zvláště paranoidně zabarvených pocitů, přesvědčení, že je někdo sleduje, něco špatného si o nich myslí nebo je dokonce pronásleduje. Heroin zklidňuje a naplňuje bezpečím. Jeho užívání však vede k mírnému zvyšování váhy, a také proto bulimičky často přechází zpět k pervitinu. Psychostimulancia jsou tak pro pacientky s poruchou příjmu potravy typičtější než jinak dnes už o něco rozšířenější opiáty.

9.8 Halucinogeny

Jsou to látky s psychotropními účinky. Působí na psychiku člověka tak, že ovlivňuje smyslového vnímání a prožívání okolní reality i sebe sama - např. pocit pohody, zvýšené sebevědomí a pocit výborné kondice. Rozlišujeme:

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu (např. meskalín, durman, psilocybin atd.)
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufotenin)
- semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – tzv. andělský prach)

Halucinogeny, i pro častou incidenci nepříjemných zážitků u osob se zvýšenou potřebou kontroly a v nevhodném psychickém vyladění, nepatří mezi oblíbenou skupinu drog pro pacientky s poruchou příjmu potravy. Jejich zneužívání je spíše ojedinělé a prakticky nebývá preferovanou látkou.

9.9 Polymorfní závislost

Je poměrně častým jevem. Nejrozšířenější je současný abúzus alkoholu a psychofarmak. Z nich je zvláště nebezpečná kombinace alkoholu a barbiturátů, při které se zesiluje tlumivý účinek obou látek. Při předávkování může dojít i k úmrtí, tato kombinace ve vysokých dávkách proto bývá považována za suicidální pokus nebo úmyslné sebepoškozování (vzhledem k již zmiňované četnosti úzkostně depresivních symptomů u pacientek s PPP). Současné užití těchto látek ve vyšších dávkách se může objevit u pacientek s histrionskými rysy, není tím však o nic méně nebezpečné.

Někdy mladé narkomanky užívají velké spektrum ilegálních drog, s preferencí jedné látky. Při dlouholetém užívání dochází až k celkové degradaci osobnosti a užívání jakékoli látky ovlivňující psychiku včetně organických rozpouštědel, čistidel s obsahem ethanolu a podobně. Dále se popisuje kuřáctví mezi uživatelkami návykových látek, je velmi časté a dá se úspěšně zahrnout mezi polymorfní závislosti, zejména pro běžné obtíže s úplným ukončením užívání této látky.

Polymorfní zneužívání návykových látek je problém výrazně typičtější pro bulimičky než pro anorektičky.

10 LÁTKY NEVYVOLÁVAJÍCÍ ZÁVISLOST, ZNEUŽÍVANÉ PACIENTKAMI S PPP

Pro pacientky s poruchou příjmu potravy je typické zneužívání také látek, na které se v ostatní populaci závislost vyskytuje velmi vzácně. V důsledku déleodobějších kompenzačních aktivit, souhrnně nazývaných pročišťování, si mohou zejména bulimičky vytvořit návyk s typickými rysy závislosti (pokračování v užívání navzdory poškozování organismu, ...) na látkách jako jsou laxativa, diuretika, emetika a další.

10.1 Laxativa

Neboli projímadla jsou léky podporující pohyby střev a jejich vyprazdňování. Jsou to například osmotické laxativum Šaratica, objemové laxativum Psyllium, a kontaktní laxativum Guttalax (kontaktní laxativa mají z uvedených druhů nejvyšší závislostní potenciál). Projímadla patří mezi nejčastěji zneužívané látky pacientkami s poruchou příjmu potravy – výhodou je snadná dostupnost a rychlý účinek. V případě dlouhodobého užívání se zvyšuje tolerance a pacientka musí pro dosažení původního účinku zvyšovat dávky. V případě vysazení této rostlinné drogy dochází k zácpě. Dlouhodobé zneužívání vede k závažným somatickým komplikacím.

Bulimičky užívající laxativa trpí podle některých autorů (Mitchell a kol., 1986, podle Bulik, 1992) závažnější psychopatologií než bulimičky bez tohoto návyku. Zároveň je u nich vyšší riziko polymorfního abúzu jiných drog (Bulik a kol., 1992).

10.2 Diuretika

Jsou to léky s močopudnými účinky, určené k podpůrné léčbě oběhových onemocnění. Patří mezi ně Henleho kličky, Thiazidová diuretika a draslík šetřící diuretika. Nejběžnější způsob zneužívání pacientkami s poruchou příjmu potravy jsou ve formě močopudných čajů, koupených v lékárně. Vyloučením tekutin má pacientka krátkodobý pocit zhubnutí, projevující se při vážení. Tento efekt je však krátkodobý a bývá záhy vyrovnán zvýšeným přísunem tekutin. Navíc zde existuje relativně vysoké riziko somatického poškození.

10.3 Emetika

Nazývají se také vomitiva. Jsou to látky vyvolávající nevolnost a zvracení, jsou určené k vyprázdnění žaludku v případě otravy. Působí buď místně podrážděním sliznice – používají se roztoky soli, nejčastěji skalice modrá, nebo stimulují centrum zvracení v mozku – například emetin a apomorfin (ten se dříve používal i k vyvolání podmíněného dávicího reflexu v léčbě alkoholismu).

Zneužívání emetik je mezi bulimičkami poměrně vzácné, nejčastěji zvracení navozují mechanicky. Pokud toho nejsou schopné, pijí slanou vodu, vodu s hořčicí nebo jiné doma připravené tekutiny vyvolávající dávení.

10.4 Další látky

Pacientky s poruchou příjmu potravy mohou zneužívat jakoukoli látku, ovlivňující váhu. K specifickému abúzu dochází u pacientek s jinou somatickou chorobou, která má na váhu také vliv. Jedná se například o diabetes, poruchy štítné žlázy a další. Žena trpící poruchou příjmu potravy a zároveň poruchou štítné žlázy tak například může ve snaze zhubnout manipulovat dávkou hormonů, které naordinoval lékař.

Dalšími látkami jsou tzv. hubnoucí prostředky, z nichž účinky na hubnutí některých jsou spekulativní, a některé mohou i poškozovat zdraví. Patří sem například chróm, chitosan, výtažky ze zeleného čaje, L – karnitin a další. Mezi prostředky na hubnutí se na internetu ilegálně nabízí různé léky, jako jsou například Adipex, Lindaxa, Meridie, Subitramin nebo Xenical. Pro množství vedlejších účinků nebývají lékaři předepisovány, některé jsou zakázány. Při dlouhodobějším užívání dochází mimo jiné k poškození jater a vytvoření závislosti a množství dalších nežádoucích účinků. Užívání někdy i více těchto přípravků, volně dostupných i vázaných na recept, avšak ilegálně získaných na internetu, se týká převážně bulimiček.

EMPIRICKÁ ČÁST

11 ÚVOD DO EMPIRICKÉ ČÁSTI

V teoretické části jsem se věnovala charakteru a příčinám poruch příjmu potravy, a v menší míře také problematice látkové závislosti. Mezi těmito dvěma závažnými poruchami existují souvislosti, pro které jsou pacientky jedné skupiny vystaveny určitému riziku rozvoje také poruchy druhé. Jedná se o souvislost odborné veřejnosti známou, přesto se domnívám, že výzkumná práce, které se v rámci této diplomové práce budu věnovat, může být podnětná jak pro odborníky pracující s jednotlivými diagnózami, tak pro rodiče dívek trpících těmito poruchami, a v neposlední řadě i pro tyto dívky samotné. Důležitý přínos spatřuji v tom, že upozorňuje na nebezpečí přidružené diagnózy nebo obtíží.

Dotazník, zjišťující informace ohledně zneužívání látek a obtíží respondentek se závislostí na nich, předložím dívkám a ženám na internetových stránkách zaměřených na poruchy příjmu potravy. Jedná se tedy o skupinu žen s poruchou příjmu potravy, které mají aktivní přístup k internetu. Interpretace dat, získaných od respondentek, které se s těmito obtížemi potýkají, bude navazovat na teoretickou část.

Tento výzkum doplním o praktickou ukázkou souběžného výskytu těchto obtíží na konkrétních případech, popsanych v jednotlivých kasuistikách.

12 FORMULACE VÝZKUMNÝCH CÍLŮ A OTÁZEK

Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit, zda a nakolik je běžný současný výskyt obtíží s jídelním chováním a zneužíváním látek (s psychoaktivními i jinými účinky), a dále již rozvinutou závislostí na nich. Poté chci popsat rozdíly v zneužívání látek mezi respondentkami konkrétních diagnóz - restriktivní anorexie, purgativní anorexie, nepurgativní bulimie a purgativní bulimie.

Budu přitom sledovat tyto výzkumné otázky:

- vyskytnou se v mém souboru respondentky, které mají zkušenost s nelegální návykovou látkou (drogou)?
- vyskytnou se v mém souboru respondentky, pravidelně zneužívající návykové psychoaktivní látky?
- vyskytnou se v mém souboru respondentky, pravidelně zneužívající látky jiné než psychoaktivní látky (bez omamných účinků)?
- vyskytnou se v mém souboru respondentky s již rozvinutou závislostí na některé látce?
- vyskytnou se v mém souboru respondentky s již rozvinutou závislostí na látce bez psychoaktivních účinků?
- jaké látky dívky a ženy s diagnózou poruchy příjmu potravy zneužívají nejčastěji?
- jaké látky dívky a ženy s touto diagnózou zneužívají nejméně často?
- respondentky s kterým typem poruchy příjmu potravy zneužívají látky nejčastěji?
- respondentky s kterým typem poruchy příjmu potravy zneužívají látky nejméně často?
- existuje statisticky významný rozdíl v míře již rozvinuté závislosti u jednotlivých skupin?

13 REALIZACE

13.1 Metoda a typ sběru dat

V empirické části své diplomové práce jsem nejprve zvolila kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření. Pro sběr dat jsem použila strukturovaný dotazník v elektronické podobě, o jehož vyplnění jsem žádala účastnice diskusí na internetových stránkách zaměřených na poruchy příjmu potravy. Tento dotazník se skládá ze tří okruhů – demografické údaje, informace o probíhající poruše příjmu potravy a informace ohledně zneužívání látek. Celkem je tvořen 7 uzavřenými otázkami, z nichž respondentka vybírá pro ni platící odpověď, a 7 podrobnými tabulkami. První z tabulek se ptá na zkušenost s jednotlivými typy potenciálně zneužívaných látek, respondentka vybírá odpověď na škále užívání od nikdy po denně. Zbývajících 6 tabulek se ptá na jednotlivé projevy závislosti, respondentka odpovídá ohledně každé z látek, zda tyto příznaky v průběhu minulého roku pocítila anebo ne. Předpokládaná doba vyplnění dotazníku je kolem 10 až 15 minut.

13.2 Forma získávání informací

Informace byly získávány formou internetového dotazování .

13.3 Výzkumný vzorek

Respondentky výzkumu byly účastnice diskusí na pro anorekticky orientovaných internetových stránkách, tzv. pro-ana webech. Jsou to stránky určené rovněž pro dívky a ženy s mentální bulimií nebo potížemi tohoto charakteru. Vybírány byly podle následujícího klíče:

1. samy sebe prožívají a označují jako anorektičky nebo bulimičky
2. v současné době jsou jejich potíže s poruchou příjmu potravy stále aktuální.

Oslovila jsem účastnice diskusí nejen na českých, ale s několikadenní časovou prodlevou rovněž i slovenských diskusních fórech. Ačkoli nedokážu přesně říct, kolik z vyplněných dotazníků odeslaly Češky a kolik Slovenky, zajímavým zjištěním byl fakt, že slovenské takto orientované stránky měly navzdory menšímu počtu obyvatel téměř dvojnásobnou návštěvnost. Přesto, podle mých odhadů ohledně množství příchozích

dotazníků v jednotlivé dny, jsem přesvědčená, že velká většina vyplněných dotazníků pochází od Češek. Celkový vzorek tvoří 38 respondentek.

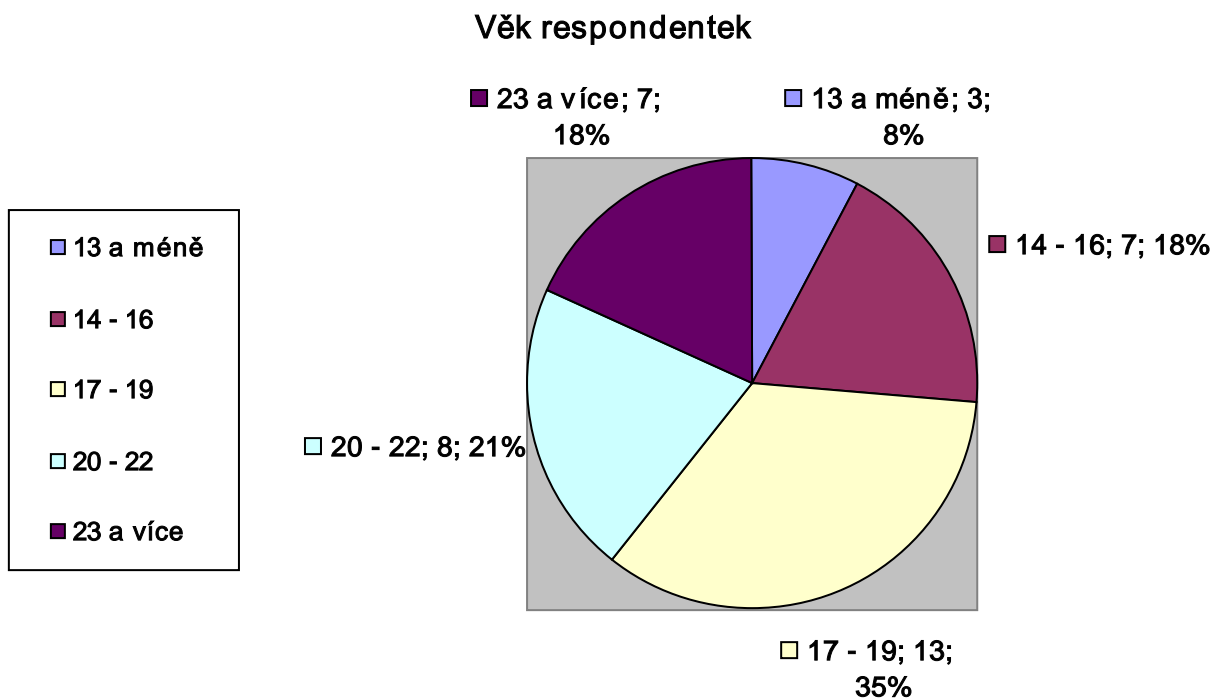
13.4 Výstupy dotazníkového šetření a interpretace

Tuto kapitolu jsem rozdělila na tři části, podle charakteru zjišťovaných informací. První z nich tvoří demografické údaje, druhou položky zjišťující informace ohledně poruchy příjmu potravy a poslední, nejrozsáhlejší, položky zjišťující podrobnosti ohledně užívání různých látek.

13.4.1 Demografické údaje

Při vytváření dotazníku jsem vybrala možnost výběru vhodné odpovědi z uzavřené nabídky – je to forma rychlejší a jednodušší, než vlastnoruční vyplňování. Přesnější zjištění by byla zajímavá a hodnotná jako zdroj dat pro statistické zpracování, ale obávám se, že očekávaná doba vyplňování dotazníku by mohla příliš stoupnout.

První otázka zjišťuje současný věk respondentek. Neznám tedy úplně přesné údaje, budu popisovat pouze zastoupení jednotlivých kategorií. Nejmladší věk pro subjektivně již rozvinutou poruchu příjmu potravy představuje kategorie 13let a méně. Tuto položku zvolily celkem 3 respondentky, to činí 8% celkového souboru. Následující položku, 14 až 16 let, vybralo 7 respondentek, celkem tedy 18% souboru. Nejčastější odpovědí je věk 17-19, tuto možnost vybralo 13 dívek, to je 34% souboru. Ve věku mezi 20 a 22 roky se nachází 8 respondentek, celkem 21% souboru. 23 let a starších je 7 žen, to je 18% souboru. Pro přehlednost uvádím graf:

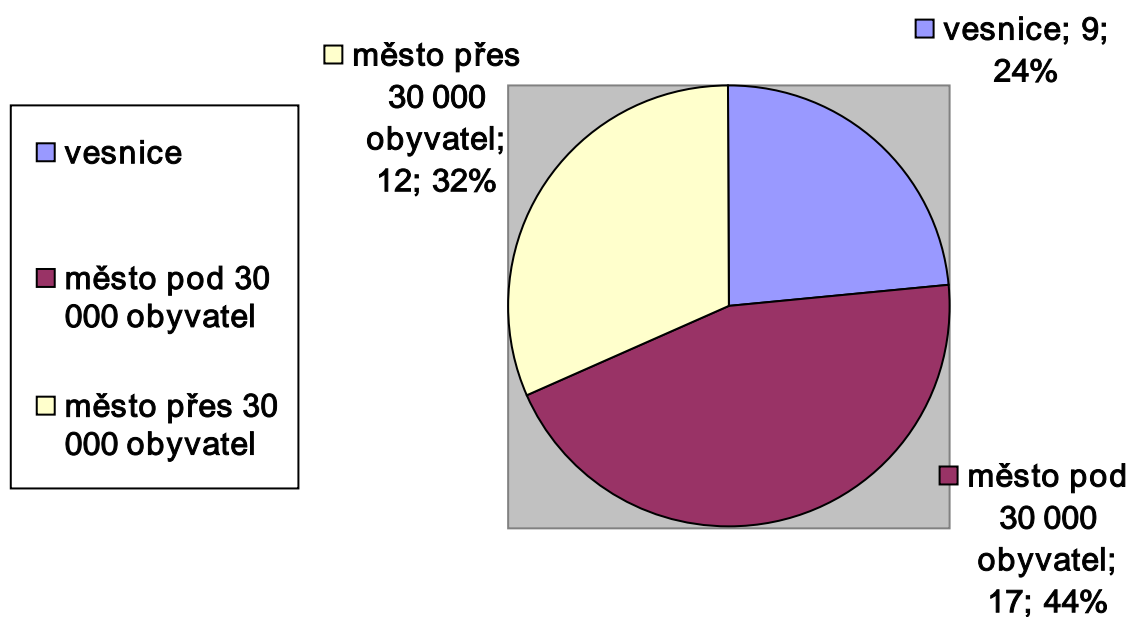


graf 1

Nejčtenější položkou souboru je věk 17-19 let, který vybralo 34% respondentek, nejméně respondentek je pak ve věku 13 a méně – 8% respondentek.

Druhá otázka, nazvaná bydliště respondentek zjišťuje, v jak velkém městě respondentky bydlí. Dívky vybírají z variant vesnice, menší město pod 30 000 obyvatel a větší město nad 30 000 obyvatel. Poměrně velké množství dívek, celkem 9 – to představuje 24% souboru – žije na vesnici. Největší počet dívek žije v menším městě pod 30 000 obyvatel, celkem 16 – to je 45% souboru. Pouze zbývajících 12 dívek, 32% souboru, žije ve větším městě nad 30 000 obyvatel.

bydliště respondentek

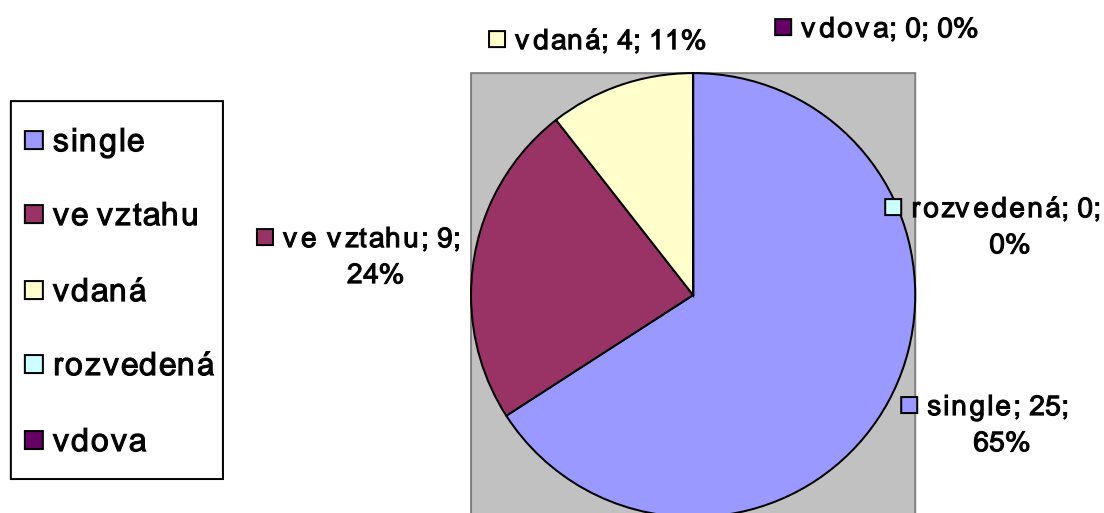


graf 2

Třetí otázka zjišťuje rodinný stav respondentek. Většina respondentek – celkem 26, to je 65% souboru, je svobodných a nemá žádného partnera. Celkem 9 dívek, to je 24%, má partnera (anebo partnerku, toto ve variantě „ve vztahu“ není rozlišeno). Celkem 4 ženy, to je 11%, jsou již vdané. Žádná z respondentek není rozvedená ani vdova.

Toto do určité míry odpovídá věku respondentek – konkrétně všechny tři dívky pod 13 let a také všech 7 dívek ve věku 14-16 let vybraly kategorii single, bez partnera. 4 z 13 dívek ve věku 17-19 let má partnera, a dále 4 z 8 dívek ve věku 20-22 let má partnera. 1 ze 7 žen nad 23 let uvedla, že má partnera, a dále se v této kategorii (nad 23 let) nachází všechny 4 vdané respondentky. 2 z respondentek nad 23 let jsou single.

rodinný stav respondentek

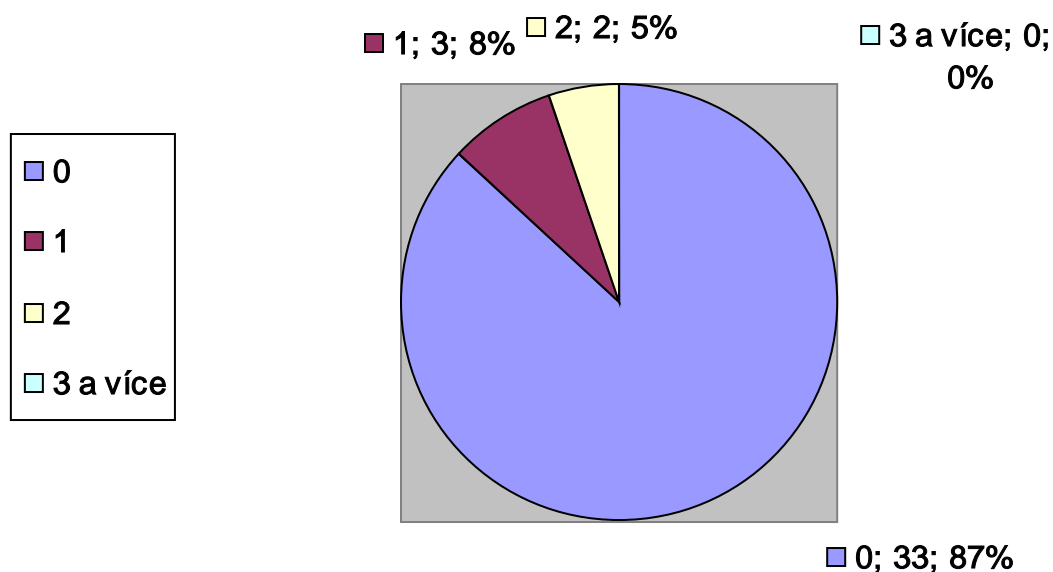


graf 3

Poslední, čtvrtá demografická otázka zjišťuje, zda mají respondentky nějaké děti a kolik. Většina respondentek děti nemá, což je vzhledem k jejich věku očekávatelné. Jedná se celkem o 33 respondentek, to je 87% souboru. 3 ženy (8%) má jedno dítě, 2 ženy (5%) mají 2 děti.

Co se týká žen, které mají děti: jedno dítě má svobodná matka ve věku mezi 20 a 22 lety, anorektička s epizodami zvracení. Dalším dvěma je 23 nebo více let, obě jsou vdané, jedna z nich je bulimička nepurgativního typu, jedna je restriktivní anorektička. Dvě děti mají také ženy ve věku 23 a více let, vdané, jedna z nich bulimička nepurgativního typu, jedna anorektička s epizodami zvracení.

počet dětí respondentek



graf 4

13.4.2 položky zjišťující informace ohledně poruchy příjmu potravy

První z těchto otázek zjišťuje diagnózu poruchy, kterou respondentka trpí. Nabídka, ze které dívky vybírají, obsahuje 4 položky, které obsahují podrobný popis příznaků konkrétních diagnóz. Jsou to následující varianty:

- mentální anorexie, restriktivní typ (pouze drží dietu)
- mentální anorexie, purgativní typ (příležitostně se pročišťuje, zvrací, užívá projímadla)
- mentální bulimie, nepurgativní typ (přejídání kompenzuje pouze cvičením a dietami)
- mentální bulimie, purgativní typ (pravidelně se pročišťuje)

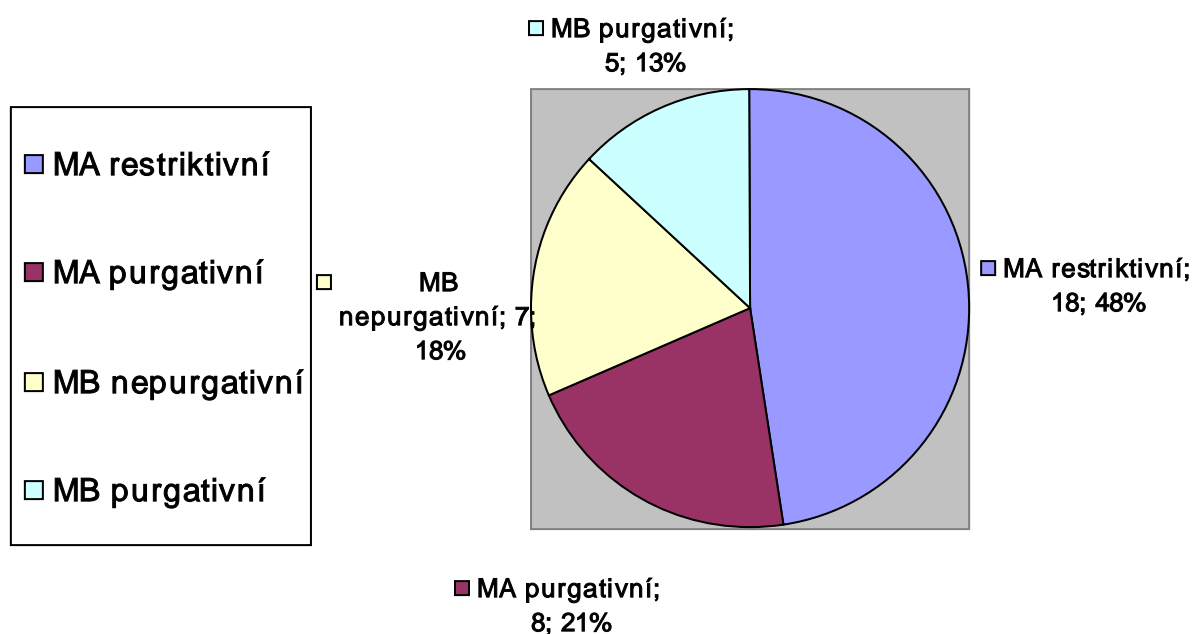
Vycházela jsem z předpokladu, že určitá část respondentek zná svoji diagnózu přímo z úst odborníka na poruchy příjmu potravy, a ty ostatní nebudou mít potíže typ svého problému správně zařadit, zvláště když se pohybují na informačním serveru obsahujícím všechny detailní informace o těchto poruchách. V případě, že by se potenciální respondentky domnívaly, že sice mají určité potíže, ale nemohou o sobě říct, že trpí jednou z poruch, požádala jsem je, aby dotazník nevyplňovaly. Pokud by si jen nebyly jisté, která varianta se týká právě jich, mohou zvolit dvě možnosti. Tohoto využily celkem 2 dívky. Jedna označila zároveň možnosti Mentální anorexie, purgativní typ a Mentální bulimie, nepurgativní typ –

jedná se o mladou dívku ve věku mezi 14 a 16 lety, doposud bez léčby. Tuto kombinaci jsem s určitými rozpaky zařadila do kategorie mentální bulimie, purgativní typ (dívka drží diety, ale zvrací, pročišťuje se, přejídá se, ...) Druhá dívka vybrala zároveň možnosti Mentální anorexie, restriktivní typ, a Mentální bulimie, nepurgativní typ – jedná se o mladou ženu ve věku 20-22 let, doposud bez léčby. Domnívám se, že takovýto popis chování můžeme zařadit jako MA, restriktivní typ.

Celkový výskyt diagnóz v souboru jsem tedy přepočítala na tyto výsledky:

Nejčtenější diagnózu představuje Mentální anorexie, restriktivní typ. Jedná se o 18 respondentek, tedy o 47% souboru. Následuje mentální anorexie, purgativní typ – tuto možnost zvolilo 8 dívek, to je 21% souboru. 7 respondentek (18%) se označilo za bulimičky nepurgativního typu, a pouhých 5 respondentek (13%) vybralo kategorii mentální bulimie, purgativní typ. Domnívám se, že přibližně dvojnásobný výskyt anorektiček (bez rozlišení tvoří celkem 68%) v mém souboru může být ovlivněn faktem, že anorektičky jsou hrdé na své úspěchy v držení diety, kdežto bulimičky v tomto mnohdy selhávají a poctují za své obtíže stud. To může ovlivňovat také jejich ochotu vyplnit dotazník, byť anonymně.

přehled respondentek podle diagnózy

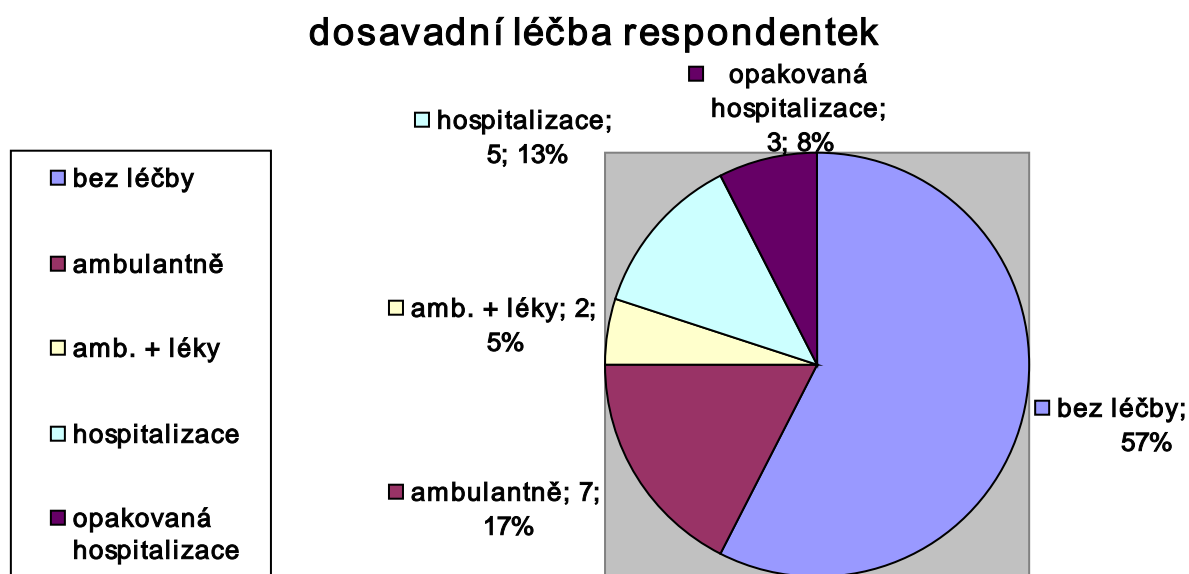


graf 5

Druhá otázka tohoto okruhu mapuje léčbu, kterou respondentka doposud absolvovala. Zde vybírá z následujících kategorií:

- bez léčby
- ambulantní léčba bez medikamentů (jednorázově nebo pravidelně navštěvujete psychologa nebo jiného odborníka na poruchy příjmu potravy)
- ambulantní léčba s medikamenty (jednorázově nebo pravidelně navštěvujete psychologa nebo jiného odborníka na poruchy příjmu potravy, zároveň užíváte léky předepsané psychiatrem)
- hospitalizace
- opakovaná hospitalizace

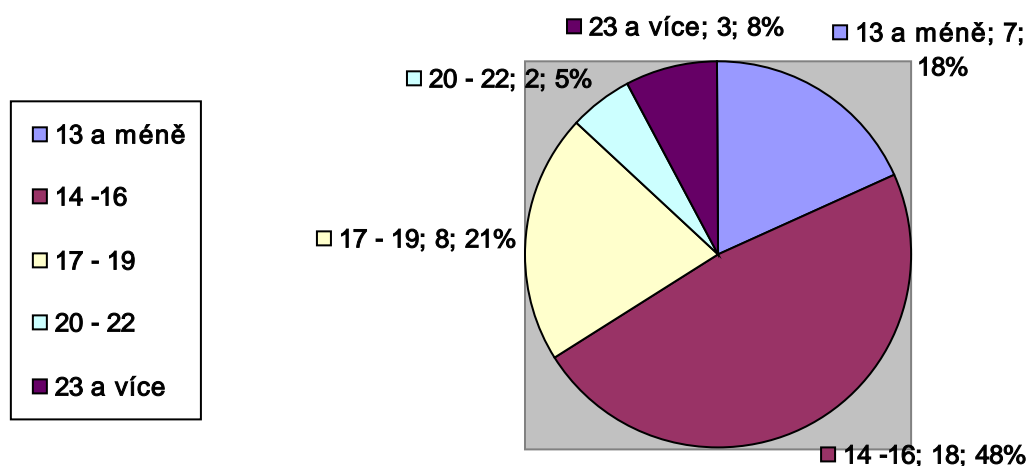
Nejpočetnější skupinu tvoří dívky, které nebyly nikdy v léčení, těch je 23 (61%). Druhou největší skupinou jsou dívky, které se léčily nebo léčí pouze ambulantně, a neužívají žádné medikamenty – těch je 7, to je 18% souboru. Ambulantní léčbu doprovázenou psychiatrickou léčbou s medikamenty vybraly 4 dívky, 2 z nich však přidaly rovněž jednorázovou hospitalizaci. Zařadím je tedy do této kategorie. Zbýlé 2 dívky tvoří 5%. Kategorii hospitalizace pak vybralo 5 dívek, to je celkem 13% souboru. Poslední skupinu tvoří dívky, které byly opakovaně hospitalizované – tuto kategorii zvolily 3 dívky a ženy, to je 8%. Dohromady 39% respondentek se tedy léčilo nebo nadále léčí.



graf 6

Poslední otázka z tohoto okruhu se ptá na věk, ve kterém začaly obtíže respondentky s jídelní poruchou. Zde kategorii 13 let a méně vybralo 7 dívek, to je 18%, nejpočetnější kategorii 14 – 16 let 18 dívek, to je 47%, věk 17 – 19 let zvolilo 8 dívek (21%), věk 20 – 22let 2 mladé ženy (5%). Poslední věkovou kategorii, 23 let a více, zvolily 3 ženy, to je 8% souboru. Tyto výsledky odpovídají očekávání ohledně věku, kdy se jídelní poruchy poprvé objevují. Pouze malá část uvádí začátek v pozdějším věku. Pokud obtíže některé respondentky začaly naopak dříve, již v dětském věku, můj dotazník to bohužel nezachycuje.

věk, kdy začaly obtíže s PPP



graf 7

13.4.3 položky zjišťující podrobnosti ohledně zneužívání různých látek

Následující okruh otázek je nejrozsáhlejší. Zjišťuje, zda a s jakou intenzitou v životě respondentky dochází k užívání jednotlivých látek, a to látek bez psychoaktivních účinků i drog. Dále zjišťuje, zda je u respondentek již rozvinutá závislost, a dále jaké látky jsou pro rozvoj závislosti nejtypičtější.

13.4.3.1 frekvence užívání jednotlivých látek

Dívky volí na škále intenzity užívání z následujících variant:

- nikdy
- 1x nebo několikrát za život
- pravidelně, přibližně každý měsíc

- pravidelně, přibližně každý týden
- denně

Přehled odpovědí celého souboru

Nejprve uvedu tabulku, prezentující počet uživatelů jednotlivých látek v každé frekvenci pro celou skupinu respondentek s jídelní poruchou bez rozlišení:

	nikdy	1x nebo několikrát za život	Pravidelně cca 1x za měsíc	Pravidelně cca 1x za týden	Denně
Laxativa	21 (55%)	9 (24%)	0 (0%)	5 (13%)	3 (8%)
Diuretika	21 (55%)	6 (16%)	1 (3%)	3 (8%)	7 (18%)
Emetika	38 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Přípravky na hubnutí	22 (58%)	7 (18%)	3 (8%)	0 (0%)	6 (16%)
léky s obsahem hormonů	32 (84%)	3 (8%)	0 (0%)	1 (3%)	2 (5%)
Analgetika	20 (53%)	7 (18%)	9 (24%)	2 (5%)	0 (0%)
hypnotika, sedativa	26 (68%)	7 (18%)	2 (5%)	1 (3%)	2 (5%)
Anxiolytika	25 (66%)	6 (16%)	1 (3%)	1 (3%)	5 (13%)
Alkohol	10 (26%)	8 (21%)	11 (29%)	7 (18%)	2 (5%)
Cigarety	15 (39%)	7 (18%)	3 (8%)	5 (13%)	8 (21%)
Marihuana	23 (61%)	12 (32%)	2 (5%)	1 (3%)	0 (0%)
Stimulancia	34 (89%)	4 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Opiáty	37 (97%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Halucinogeny	37 (97%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

tabulka 1

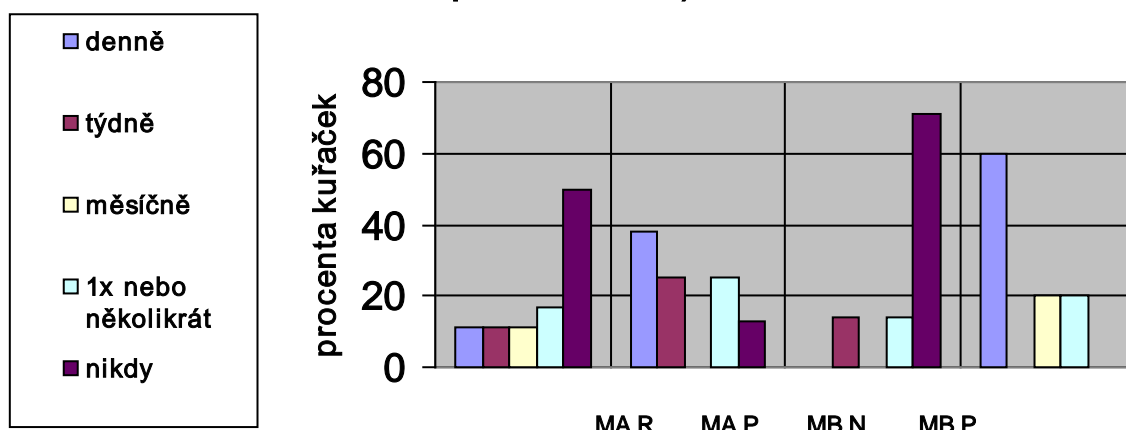
Nyní se vyjádřím ke konkrétním hodnotám užívaných látek. Postupuji přitom od nejčastěji zneužívaných látek po ty užívané nejméně. Kritériem je počet každodenních, a dále každotýdenních uživatelů.

Cigarety

Největší počet každodenních uživatelů se nachází mezi kuřáčky. Každodenních kuřáček je 8, to je 21% souboru. Z nich trpí mentální anorexií restriktivního typu 2, mentální anorexií purgativního typu 3, a mentální bulimií purgativního typu rovněž 3. To je tedy 5 anorektiček oproti 3 bulimičkám. Zároveň však můžeme říct, že 6 z 8 kuřáček alespoň příležitostně zvrací.³

Pravidelně kouří 6 restriktivních anorektiček z 18 (33%), 5 purgativních anorektiček z 8 (63%), dále pak 4 purgativní bulimičky z 5 (80%) a 1 nepurgativní bulimička ze 7 (14%). Dívky a ženy, které zvrací, tedy daleko častěji kouří.

frekvence kouření cigaret podle diagnózy (v procentech)



graf 8

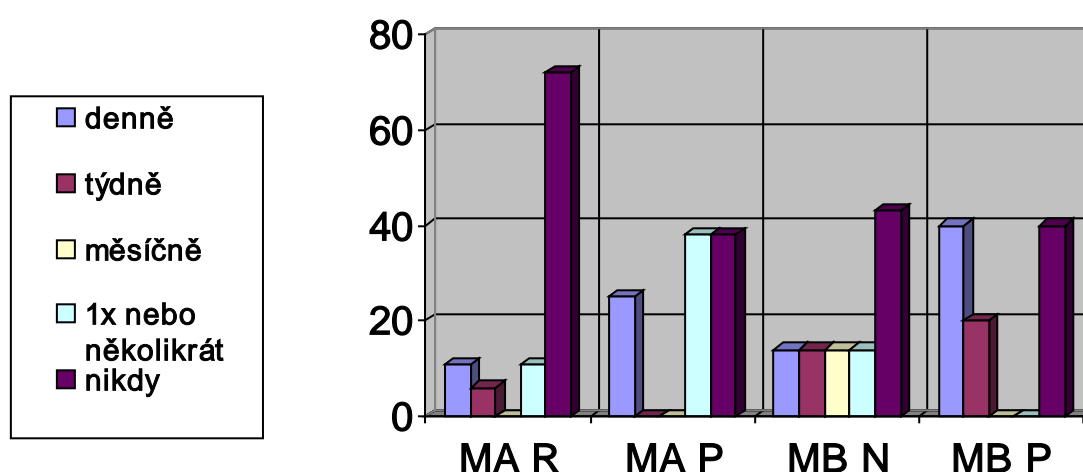
³ 5 respondentek (13%) kouří každý týden, z nich jsou 2 anorektičky restriktivního typu, 2 anorektičky purgativního typu, a 1 bulimička nepurgativního typu. Můžeme shrnout, že většina kuřáček je mezi anorektičkami, ale také mezi ženami, které zvrací. 3 respondentky (8%) kouří každý měsíc, jsou to 2 anorektičky restriktivního typu, a 1 bulimička purgativního typu. V této kategorii velmi řídké frekvence již převažují anorektičky. Jednorázovou nebo ojedinělou zkušenost s cigaretami má 7 respondentek (18%), z toho 3 restriktivní anorektičky, 2 anorektičky purgativního typu, 1 nepurgativní bulimička a 1 purgativní bulimička.

Diuretika (močopudné čaje)

Z hlediska počtu každodenních uživatelů se jedná o po cigaretách druhou nejrozšířenější látku. To je pro mě velkým překvapením – domnívám se, že užívání této látky je poměrně nelogické, a předpokládala jsem, že se jedná o velmi okrajovou záležitost. Močopudné čaje nemají žádné omamné či euforizující účinky, a také nemají vliv na množství požitých kalorií, navíc je jejich užívání z jiných než zdravotních důvodů škodlivé. Jediným efektem je krátkodobý úbytek na váze v řádu maximálně hodin, dokud se dívka nenapije a potřebné tekutiny tak nedoplní. Navzdory tomu jen 21 respondentek (55%) tuto látku nikdy neužilo. Jednorázovou či ojedinělou zkušenost s ní má 6 respondentek (16%), každý měsíc ji užívá 1 dívka (3%), každý týden 3 dívky (8%) a každodenně dokonce 7 respondentek (18% souboru). Předpokládám, že se tedy může jednat o látku s návykovým potenciálem.

⁴ Pravidelné užívání diuretik se týká 3 restriktivních anorektiček z 18, to je 17%, 2 purgativní anorektičky z 8, to je 25%, 3 purgativní bulimičky z 5 (60%) a 2 nepurgativní bulimičky ze 7 (29%). Nejčastější je tedy u purgativních bulimiček, dále u nepurgativních bulimiček, purgativních anorektiček a nejméně u restriktivních anorektiček.

frekvence užívání diuretik podle diagnózy (v procentech)



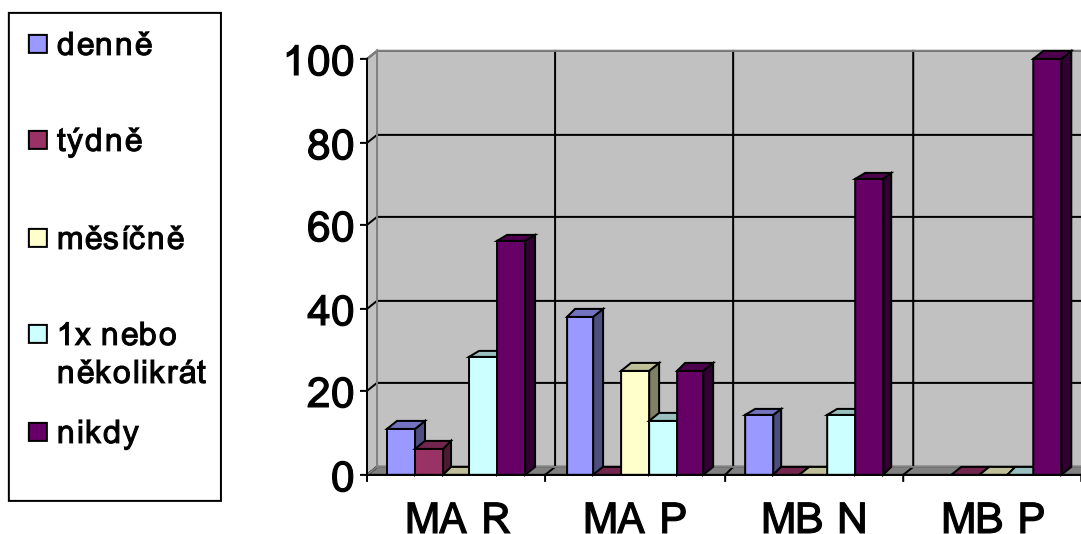
graf 9

⁴ Mezi pravidelnými uživatelkami se nachází 3 mentální bulimičky purgativního typu, 2 bulimičky nepurgativního typu, 2 anorektičky purgativního typu, a 3 anorektičky restriktivního typu.

Přípravky na hubnutí

Další kategorií v pořadí, co se týká množství každodenních uživatelů, jsou přípravky na hubnutí. Jejich vysoká obliba je poměrně logická. 22 respondentek (58%) s těmito léky nicméně nemá žádnou zkušenost. 7% uživatelů je užilo jednorázově nebo ojediněle. 3 dívky (8%) je užívá pravidelně přibližně každý měsíc, každý týden je neužívá žádná respondentka a 6 dívek (16%) je užívá každodenně. ⁵Přípravky na hubnutí užívají 3 z 18 (17%) restriktivních anorektiček, 5 z 8 (63%) purgativních anorektiček, a 1 ze 7 (14%) nepurgativních bulimiček. Překvapivé je, že je nikdy neužila žádná z žen s purgativní bulimií v mém vzorku. Důvody pro toto by bylo potřeba podrobit dalšímu zkoumání.

Užívání přípravků na hubnutí podle diagnózy (v procentech)



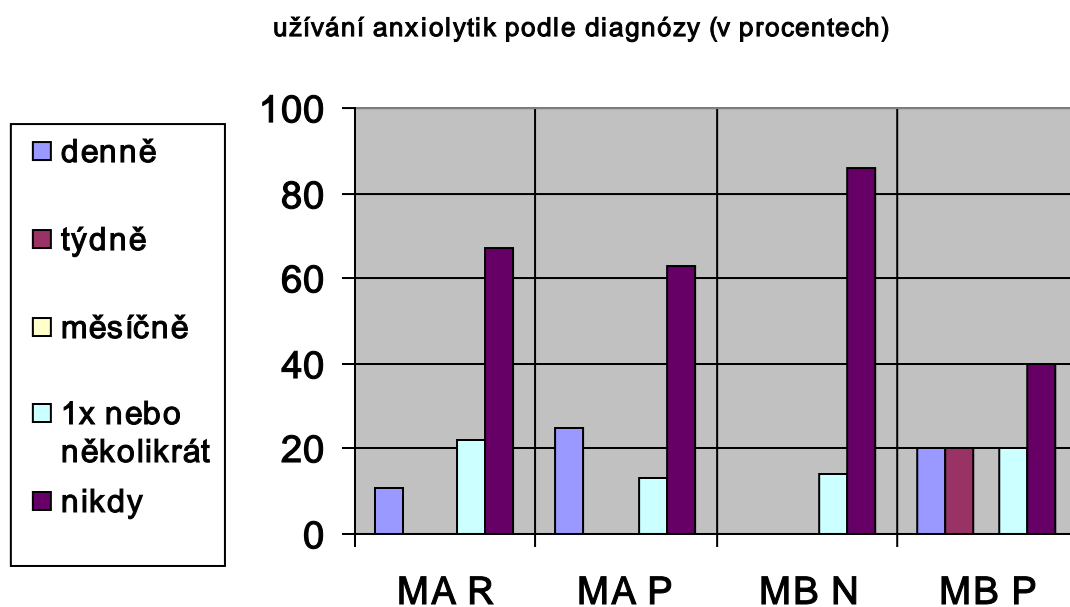
graf 10

Anxiolytika

Z hlediska oblíbenosti a počtu každodenních uživatelů následují anxiolytika. 25 respondentek (celkem 66%) s nimi nemá žádné zkušenosti, 6 respondentek (16%) je užilo jednorázově nebo ojediněle. 1 respondentka (3%) je užívá každý měsíc, 1 respondentka (3%) každý týden. Celkem 5 respondentek (13%) je užívá každodenně. Z pravidelných uživatelů jsou 3 restriktivní anorektičky, 2 purgativní anorektičky a 2 bulimičky purgativního typu - to

⁵ Mezi pravidelnými uživatelkami jsou 3 restriktivní anorektičky, 5 purgativních anorektiček a 1 nepurgativní bulimička.

je 17% restriktivních anorektiček, 25% purgativních anorektiček, a 40% purgativních bulimiček.

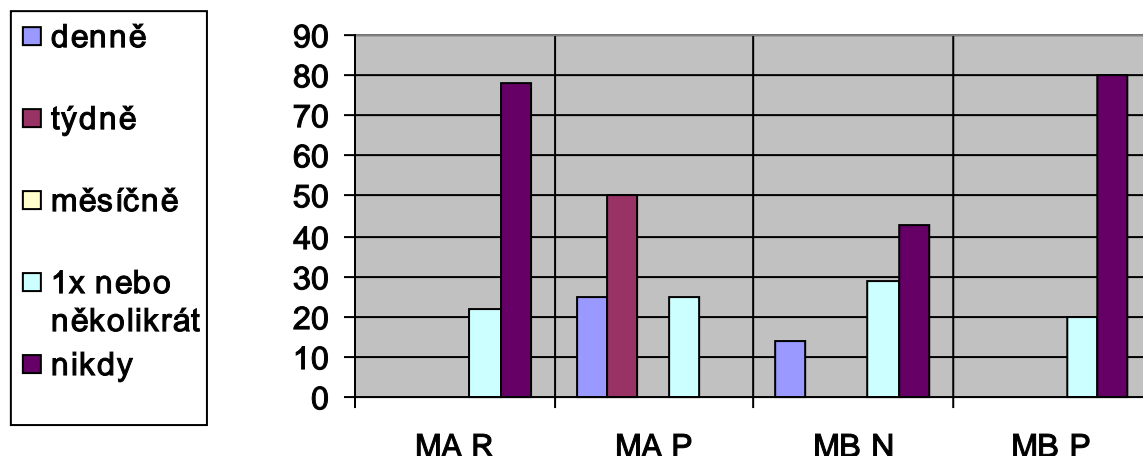


graf 11

Laxativa

Další poměrně běžně zneužívanou kategorií látek jsou laxativa. Žádné zkušenosti s nimi nemá 21 respondentek (55%), 9 respondentek (24%) je užilo jednorázově nebo ojediněle. Žádná respondentka je neužívá 1x do měsíce, 5 respondentek (13%) je užívá každý týden a celkem 3 respondentky (8%) je užívají denně. Mezi pravidelnými uživatelkami je 6 purgativních anorektiček, a 2 nepurgativní bulimičky - to je 75% purgativních anorektiček a 29% nepurgativních bulimiček.

užívání laxativ podle diagnózy (v procentech)



graf 12

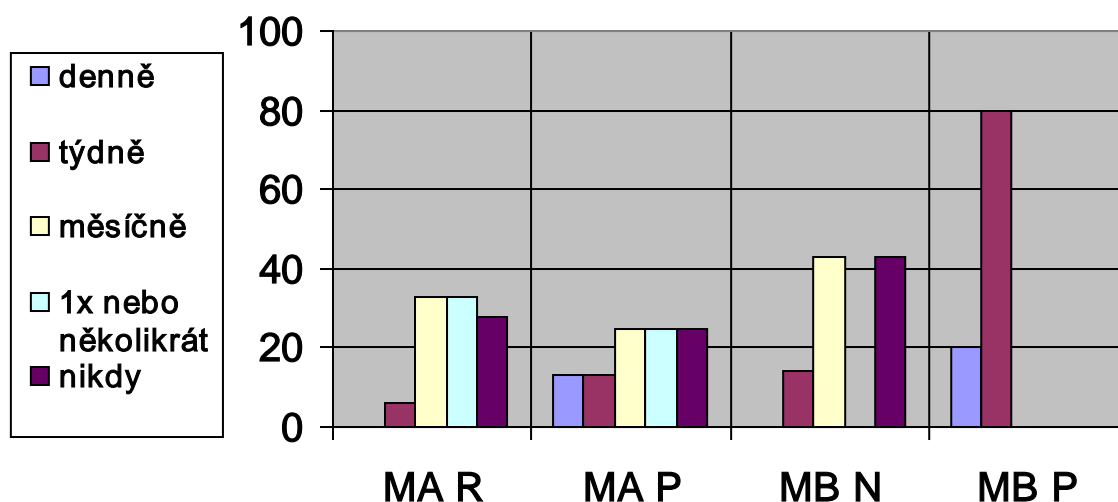
Alkohol

Alkohol se mezi užívanými látky ocitl poměrně nízko jako nepříliš vyhledávaný, i oproti běžné populaci. Předpokládám, že to souvisí s jeho vysokou kalorickou hodnotou. Co se týká zákazu jeho prodeje osobám pod 18 let, stejná pravidla platí pro cigarety. Další látky, ilegální nebo vázané na recept, mohou být pro nezletilé dívky ještě obtížněji dostupné. 10 respondentek (26 %) uvedlo, že alkohol dosud nikdy nevyzkoušelo, 8 respondentek (21%) jen jednorázově nebo ojediněle. Každý měsíc alkohol pije 11 respondentek (29%), každý týden 7 respondentek (18%) a každodenně 2 respondentky (5%).⁶ Alespoň jednou týdně pak pijí 1 restriktivní anorektička z 18 (6%), 2 purgativní anorektičky z 8 (25%), 5 purgativních bulimiček z 5 (100%) a 1 nepurgativní bulimička ze 7 (14%).

Zde je vidět zatím největší rozdíl, alespoň jednou týdně pije alkohol jen 6% restriktivních anorektiček oproti 100% purgativních bulimiček v mém vzorku.

⁶ Mezi dívkami, které pijí přibližně jednou měsíčně je 6 restriktivních anorektiček, 2 purgativní anorektičky a 3 nepurgativní bulimičky. Jednou týdně pije 1 restriktivní anorektička, 1 purgativní anorektička, 4 purgativní bulimičky a 1 nepurgativní bulimička. Každodenně pijí jen 2 respondentky, purgativní anorektička a purgativní bulimička.

pití alkoholu podle diagnózy (v procentech)

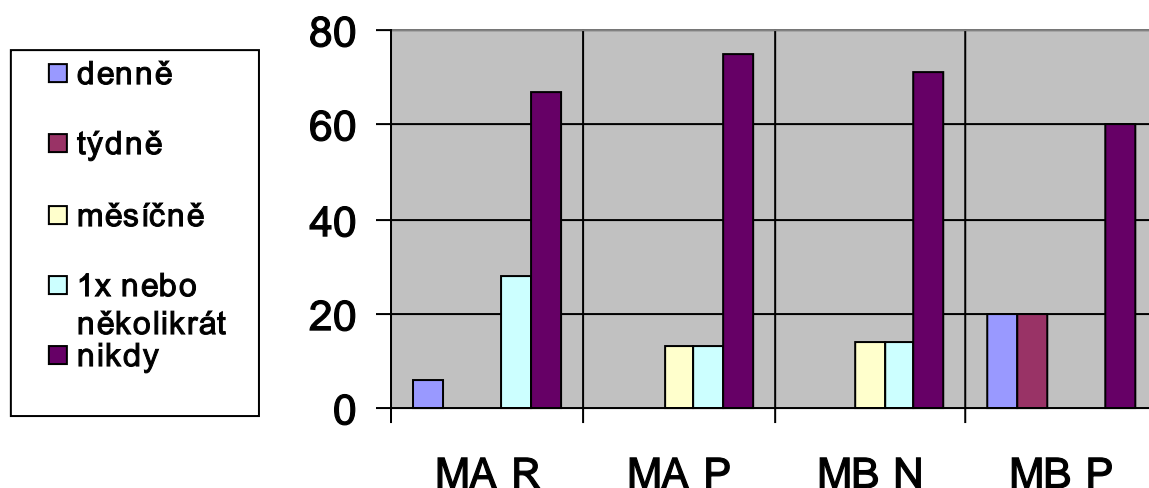


graf 13

Hypnotika, sedativa

Další zneužívanou látkou jsou hypnotika a sedativa, obecně řečeno léky na spaní. Pouze 26 respondentek (68%) s těmito léky nemá zkušenost. Jednorázově nebo ojediněle je užilo 7 respondentek (18%), pravidelně každý měsíc je užívají 2 respondentky (5%), každý týden 1 respondentka (3%), a 2 respondentky (5%) dokonce každodenně. Mezi pravidelnými uživatelkami jsou 1 restriktivní anorektička (6%), 1 purgativní anorektička (13%), 2 purgativní bulimičky (40%) a 1 nepurgativní bulimička (14%). Každodenní užívání se přitom týká dívky mezi 14 a 16 lety, single purgativní bulimičky, která se nikdy neléčila a zneužívá více různých látek (dívka s pořadovým číslem 13) a dívky mezi 17 a 19 lety, single restriktivní anorektičky, která byla opakovaně hospitalizována, každodenně užívá také anxiolytika, ale žádné další látky nezneužívá (dívka s pořadovým číslem 18).

užívání hypnotik a sedativ podle diagnózy (v procentech)

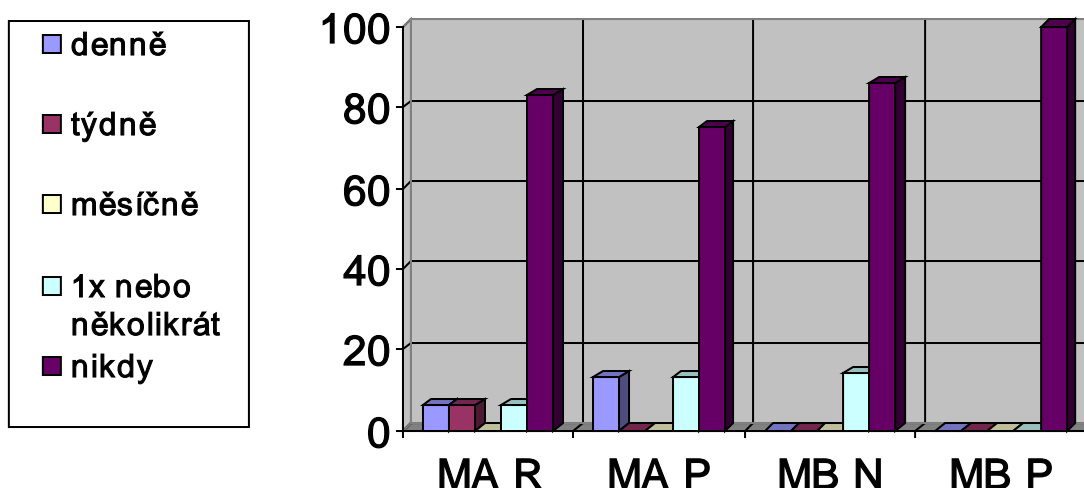


graf 14

Léky s obsahem hormonů

Další nepříliš zneužívanou látku představují léky s obsahem hormonů. Většina respondentek s nimi nemá žádné zkušenosti, jedná se celkem o 32 respondentek (84%). Jednorázovou nebo ojedinělou zkušenost s nimi mají 3 respondentky (8%), žádná ji neužívá každý měsíc, 1 respondentka přibližně jednou týdně a celkem 2 respondentky (5%) každodenně. Mezi dívkami, které mají s tímto lékem jednorázovou zkušenost, se v mém souboru vyskytuje 1 restriktivní anorektička, 1 purgativní anorektička a 1 nepurgativní bulimička. 1 restriktivní anorektička užívá tento lék přibližně jednou týdně. Každodenní užívání se týká restriktivní anorektičky (dívka s pořadovým číslem 36), dívky ve věku mezi 17 a 19 lety, single z města pod 30 000 obyvatel. Byla hospitalizovaná, nyní se léčí ambulantně, užívá medikamenty předepsané psychiatrem. Denně užívá také močopudné čaje a anxiolytika. Má jednorázovou nebo ojedinělou zkušenost s alkoholem a léky na spaní. Druhá respondentka (pořadové číslo 33) je mladá žena ve věku 20- 22 let, bydlí ve městě pod 30 000 obyvatel, má partnera. Je to anorektička purgativního typu, léčí se ambulantně. Každodenně také kouří, pije alkohol, užívá anxiolytika. Přibližně jednou za měsíc užívá léky na hubnutí. Má jednorázovou zkušenost s laxativy a analgetiky.

užívání léků s obsahem hormonů podle diagnózy (v procentech)



graf 15

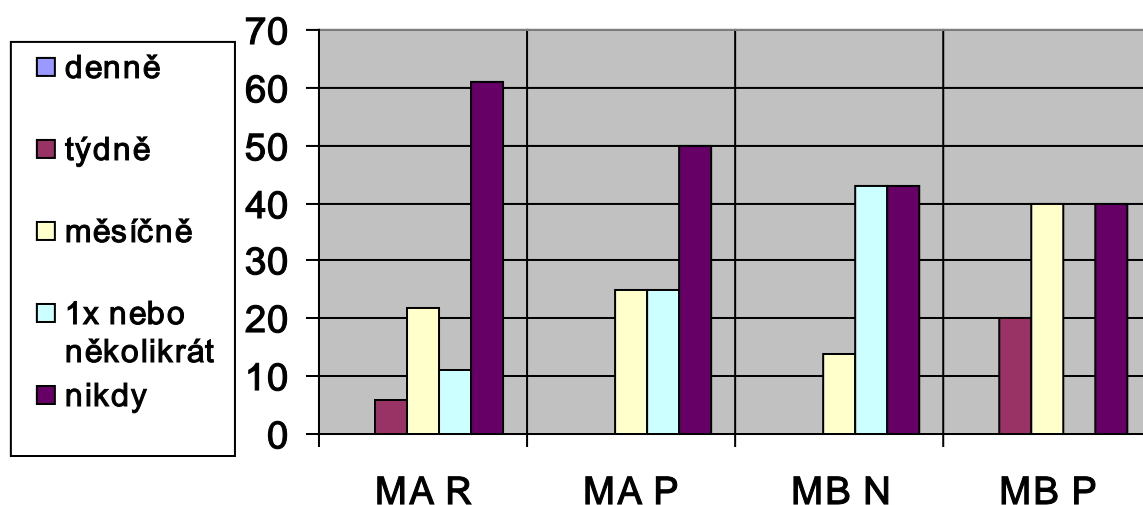
Analgetika

Poslední volně dostupnou látkou, o jejímž užívání budu psát, jsou analgetika. Je to kategorie, jejíž výsledky působí poměrně nepravděpodobně, a vyvolávají ve mně dojem, že při zadávání této kategorie či v jejím pochopení respondentkami došlo k nedorozumění. Uvedla jsem pro bližší informaci, že se jedná o léky proti bolesti – jde o asi nejprodávanější léky. Pravděpodobně nejznámější je Ibalgin (Ibuprofen), ale patří sem velké množství dalších léků, např. Paralen, Panadol, Valetol, Ataralgin, Nurofen a mnohé další. Jsou volně dostupné, levné a užívají se běžně při obtížích jako jsou bolesti hlavy, kloubů, menstruační bolesti a další. Nízký výskyt jejich užívání může být snad způsobeno tím, že je některé respondentky mohou vnímat jako normální běžnou součást lidského života a nikoli jako lék proti bolesti – žádné vhodné vysvětlení však neznám. Ráda bych se na tento překvapivý aspekt zaměřila ve svém dalším výzkumu.

Budu nyní prezentovat tyto výsledky: Navzdory průměrnému věku respondentek (pro připomenutí, 13 a méně jen 3 respondentky (8%), 14 – 16: 7 (18%), 17 – 19: 13 (34%), 20 – 22: 8 (21%), 23 a více: 7 (18%)), 20 z nich (53%) uvedlo, že nemá dosud ani jedinou zkušenost s žádnými analgetiky. Pouze jednorázovou nebo ojedinělou zkušenost uvedlo 7 respondentek (18%). Pravidelné užívání přibližně každý měsíc uvádí 9 dívek (24%), každotýdenní užití 2 respondentky (5%). Žádná respondentka neužívá léky proti bolesti každodenně. Respondentky, které uvádí pravidelné užívání, jsou: 5 restriktivních anorektiček

(28%), 2 purgativní anorektičky (25%), 3 purgativní bulimičky (60%), 1 nepurgativní bulimička (14%). Užívání každý týden se týká restriktivní anorektičky, dívky ve věku 13 let nebo méně (dívka s pořadovým číslem 4). Tato dívka bydlí v menším městě pod 30 000 obyvatel, je single, nikdy se neléčila. Každý měsíc užívá prášky na hubnutí a alkohol, jednou týdně také kouří. Uvedla zkušenost s marihuanou, užívání jiných látek neuvádí. Každotýdenní užívání analgetik se dále týká purgativní bulimičky (dívky s pořadovým číslem 31) ve věku 17 – 19 let, z města pod 30 000 obyvatel. Tato mladá žena má partnera, nikdy se neléčila. Kromě analgetik jednou týdně také pije alkohol, každodenně kouří. Jednorázově vyzkoušela marihuanu. Užívání jiných látek neuvádí.

užívání analgetik podle diagnózy (v procentech)



graf 16

Nelegální návykové látky s psychoaktivními účinky (drogy)

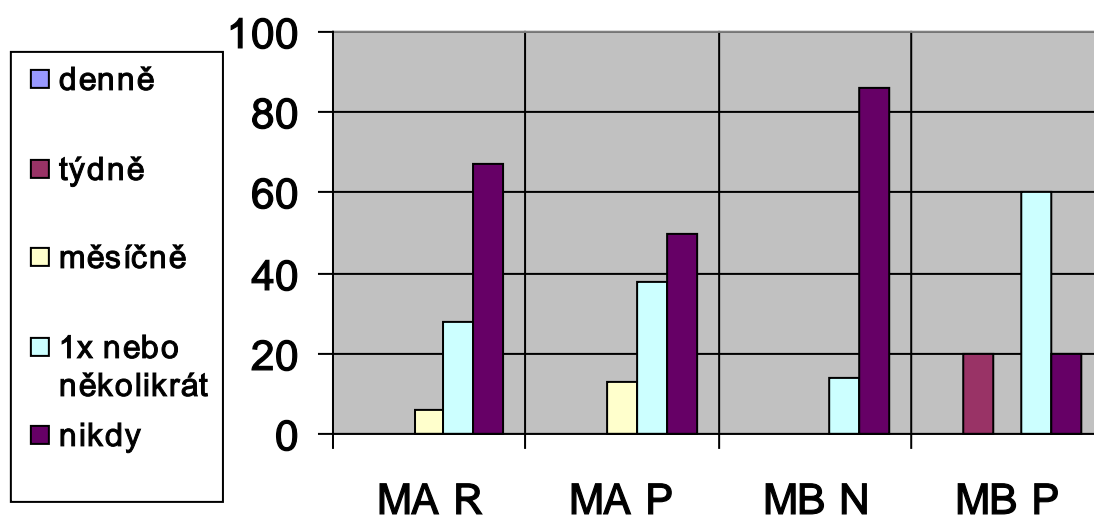
Zkušenosti s drogami nejsou mezi dívkami s poruchou příjmu v mém souboru tak časté, jak jsem očekávala. Nejrozšířenější jsou zkušenosti s marihuanou, ty však nepřekračují zkušenosti běžné populace.

Marihuana

Jednorázovou nebo ojedinělou zkušenost s ní má 12 respondentek z mého souboru, to je celkem 32%. 2 dívky (5%) ji užívají pravidelně každý měsíc. Jedna z nich (s pořadovým číslem 30) bydlí na vesnici, je jí mezi 17 a 19 lety a má partnera. Trpí bulimií purgativního typu, nikdy se neléčila. Kromě marihuany užívá přibližně každý týden analgetika a alkohol,

denně kouří. S jinými látkami zkušenosti nemá. Druhá dívka (s pořadovým číslem 38) bydlí na menším městě pod 30 000 obyvatel, je jí 13 let nebo méně a je single. Napsala o sobě, že trpí mentální anorexií restriktivního typu, nikdy se neléčila. Jednorázově nebo ojediněle užila diuretika, každý měsíc kromě marihuany také pije alkohol a kouří. Dále 1 dívka (3%) v souboru (s pořadovým číslem 17) kouří marihuanu každý týden – bydlí ve větším městě nad 30 000 obyvatel, je ve věku 17 – 19 let, a je single. Trpí mentální bulimií purgativního typu, zatím se neléčí. Jednorázovou nebo ojedinělou zkušenost má s halucinogeny a stimulancií, každý týden užívá kromě marihuany také diuretika, léky na spaní, anxiolytika a alkohol. Každodenně kouří cigarety. Napsala o sobě, že nikdy neužila analgetika ani poměrně oblíbená laxativa.

užívání marihuany podle diagnózy (v procentech)

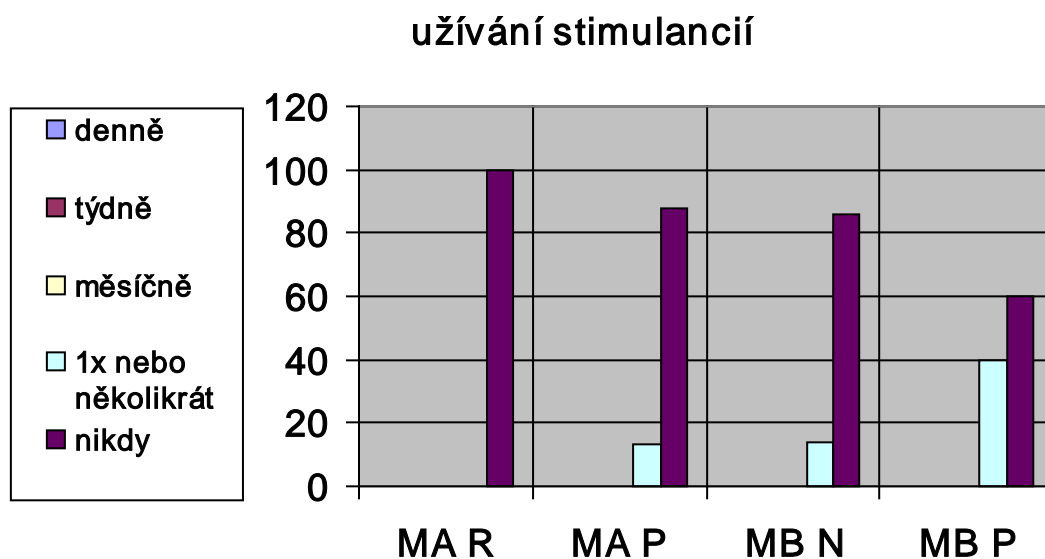


graf 17

Stimulancia

Po marihuaně se nejoblíbenější drogou ukázala stimulancia (pervitin, extáze, kokain, amfetamin apod.). Celkem s ní mají zkušenosti 4 ženy, to je 11% souboru. To je poměrně vysoké číslo. Je známé, že vedlejším účinkem užívání tohoto typu drog je ztráta chuti k jídlu a ztráta váhy, proto nepřekvapí experimentování právě s touto drogou. Dívky, které mají s touto látkou zkušenosti, jsou: dívka (s pořadovým číslem 13) z menšího města pod 30 000 obyvatel, ve věku 14 – 16 let, single. Trpí mentální bulimií purgativního typu, nikdy se neléčila. Jednorázově nebo ojediněle užila kromě stimulancií marihuanu. Každý měsíc užívá analgetika. Každodenně užívá diuretika, léky na spaní a anxiolytika, každodenně také pije

alkohol a kouří. Další je dívka (s pořadovým číslem 16) z menšího města pod 30 000 obyvatel. Je jí 23 nebo více let, je vdaná a má 1 dítě. Trpí bulimií nepurgativního typu, léčí se ambulantně bez medikamentů. Ojedinele užila analgetika, léky na spaní, anxiolytika, má také ojedinelou zkušenost s cigaretami a marihuanou, a již zmíněnými stimulancií. Každý týden pije alkohol. Dalšími respondentkami s touto zkušeností mají pořadová čísla 17 a 20, bližší informace k nim jsem již uvedla.



graf 18

Opiáty, halucinogeny

Co se týká experimentování bez přechodu k pravidelnému užívání, jako nejméně oblíbené se ukázaly drogy z řad opiátů a stejně tak halucinogenů – každou z těchto látek jednou nebo několikrát užila jen jedna respondentka. Žena (s pořadovým číslem 20), která užila opiáty, bydlí v městě nad 30 000 obyvatel, je jí 23 nebo více let, má dvě děti a je vdaná. Trpí mentální anorexií purgativního typu, léčí se ambulantně s medikamenty. Její zkušenosti s návykovými látkami jsou poměrně pestré, nepřešly však do pravidelného užívání. Jednorázově nebo jen několikrát vyzkoušela diuretika, léky s obsahem hormonů a léky na spaní. Jednorázovou zkušenost má také s alkoholem, cigaretami, marihuanou, stimulancií a již zmínovanými opiáty. Asi jednou měsíčně užívá analgetika, a jednou týdně laxativa, každodenně bere anxiolytika. O dívce s pořadovým číslem 17, která užila halucinogeny, jsem již bližší informace uvedla. Protože se jedná pouze o jednu respondentku, graf pro zřehlednění výsledků zde nepovažuji za potřebný.

Emetika

Poslední látkou, o níž budu psát, jsou emetika. Žádná z respondentek v celém mém souboru je nikdy neužila. Dívky a ženy, které zvrací, navozují zvracení pouze mechanicky.

Přehled odpovědí podle diagnózy

MENTÁLNÍ ANOREXIE RESTRIKTIVNÍHO TYPU

	Nikdy	1x nebo několikrát za život	Pravidelně cca 1x za měsíc	Pravidelně cca 1x za týden	Denně
Laxativa	14 (78%)	4 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Diuretika	13 (72%)	2 (11%)	0 (0%)	1 (6%)	2 (11%)
Emetika	18 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
přípravky na hubnutí	10 (56%)	5 (28%)	0 (0%)	1 (6%)	2 (11%)
léky s obsahem hormonů	15 (83%)	1 (6%)	0 (0%)	1 (6%)	1 (6%)
Analgetika	11 (61%)	2 (11%)	4 (22%)	1 (6%)	0 (0%)
Hypnotika, sedativa	12 (67%)	5 (28%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)
Anxiolytika	12 (67%)	4 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (11%)
Alkohol	5 (28%)	6 (33%)	6 (33%)	1 (6%)	0 (0%)
Cigarety	9 (50%)	3 (17%)	2 (11%)	2 (11%)	2 (11%)
Marihuana	12 (67%)	5 (28%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)
Stimulancia	18 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Opiáty	18 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Halucinogeny	18 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

tabulka 2

Nyní zhodnotím užívání látek skupinou respondentek s mentální anorexií restriktivního typu. Žádná z nich nikdy neužila stimulační drogu, dále ani opiát či halucinogen. Nejoblíbenější látku pro ně představují cigarety, přesto jsou v 18členném souboru jen 2 každodenní kuřačky – pouhých 11%, tedy výrazně méně, než odpovídá běžné populaci. Na druhém místě se umístily přípravky na hubnutí, zde jsou opět dvě každodenní

uživatelky, 1 dívka je užívá asi jednou týdně. Na třetím místě jsou diuretika, s velmi podobným počtem uživatelék za nimi anxiolytika. Velmi ojediněle užívají léky s obsahem hormonů, analgetika a léky na spaní, ostatní látky prakticky neužívají. Užívají látky méně než purgativní anorektičky a bulimičky, to je však logické a odpovídá to povaze úspěšné restrikce, silné vůle a sebekontroly, jak jsem již popsala v teoretické části.

Grafické znázornění užívání všech těchto látek je v příloze (*grafy 19-22*).

MENTÁLNÍ ANOREXIE PURGATIVNÍHO TYPU

	Nikdy	1x nebo několikrát za život	Pravidelně cca 1x za měsíc	Pravidelně cca 1x za týden	Denně
Laxativa	0 (0%)	2 (25%)	0 (0%)	4 (50%)	2 (25%)
Diuretika	3 (38%)	3 (38%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (25%)
Emetika	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
přípravky na hubnutí	2 (25%)	1 (13%)	2 (25%)	0 (0%)	3 (38%)
léky s obsahem hormonů	6 (75%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (13%)
Analgetika	4 (50%)	2 (25%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
Hypnotika, sedativa	6 (75%)	1 (13%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)
Anxiolytika	5 (63%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (25%)
Alkohol	2 (25%)	2 (25%)	2 (25%)	1 (13%)	1 (13%)
Cigarety	1 (13%)	2 (25%)	0 (0%)	2 (25%)	3 (38%)
Marihuana	4 (50%)	3 (38%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)
Stimulancia	7 (88%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Opiáty	7 (88%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
halucinogeny	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

tabulka 3

Nejužívanější látkou respondentek s mentální anorexií purgativního typu jsou rovněž cigarety, počet každodenních kuřáček je však již vyšší – 3 respondentky představují 38% souboru. Další 2 dívky pak kouří každý týden. Další látkou v pořadí jsou opět přípravky na hubnutí (počet uživatelék je stejný, 38%). Na třetím místě se umístila laxativa, která

restriktivní anorektičky neužívají již podle definice vůbec. Mezi další užívané látky patří anxiolytika, diuretika a léky s obsahem hormonů. Objevují se zde již zkušenosti s drogami, hlavně marihuanou, ale také stimulancií a opiáty. Jedině s halucinogeny nikdo z této skupiny zkušenost nemá.

MENTÁLNÍ BULIMIE NEPURGATIVNÍHO TYPU

	Nikdy	1x nebo několikrát za život	Pravidelně cca 1x za měsíc	Pravidelně cca 1x za týden	Denně
Laxativa	3 (43%)	2 (29%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14%)
Diuretika	3 (43%)	1 (14%)	1 (14%)	1 (14%)	1 (14%)
Emetika	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
přípravky na hubnutí	5 (71%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14%)
léky s obsahem hormonů	6 (86%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Analgetika	3 (43%)	3 (43%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)
hypnotika, sedativa	5 (71%)	1 (14%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)
Anxiolytika	6 (86%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Alkohol	3 (43%)	0 (0%)	3 (43%)	1 (14%)	0 (0%)
Cigarety	5 (71%)	1 (14%)	0 (0%)	1 (14%)	0 (0%)
Marihuana	6 (86%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Stimulancia	6 (86%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Opiáty	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Halucinogeny	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

tabulka 4

Skupina respondentek s mentální bulimií nepurgativního typu vykazuje nejnižší zneužívání látek vůbec. Jako jediná skupina nemá na prvním místě mezi užívanými látkami cigarety. Jednou z mála užívaných látek jsou diuretika, které každodenně užívá jedna z respondentek (14% souboru), další pak tuto látku užívá přibližně jednou v týdnu. Další v pořadí jsou prášky na hubnutí a laxativa, jedná se však o jedinou každodenní uživatelku.

Také ostatní látky užívají spíše výjimečně, jedná se o občasné pití alkoholu a kouření cigaret. Jedna respondentka má zkušenosti s marihuanou a stimulancii. Můžeme shrnout, že nepurgativní bulimičky v mém souboru mají velmi nízkou tendenci k užívání těchto látek.

MENTÁLNÍ BULIMIE PURGATIVNÍHO TYPU

	Nikdy	1x nebo několikrát za život	Pravidelně cca 1x za měsíc	Pravidelně cca 1x za týden	Denně
Laxativa	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Diuretika	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	2 (40%)
Emetika	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
přípravky na hubnutí	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
léky s obsahem hormonů	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Analgetika	2 (40%)	0 (0%)	2 (40%)	1 (20%)	0 (0%)
hypnotika, sedativa	3 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (20%)
Anxiolytika	2 (40%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (20%)
Alkohol	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (80%)	1 (20%)
Cigarety	0 (0%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)	3 (60%)
Marihuana	1 (20%)	3 (60%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)
Stimulancia	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Opiáty	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Halucinogeny	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

tabulka 5

Skupina bulimiček purgativního typu je skupinou s nejvyšším počtem pravidelných uživatelů různých látek. To odpovídá povaze bulimie, jak jsem ji popsala v teoretické části. Stejně jako u restriktivní i purgativní anorexie, nejčastěji užívanou látkou jsou cigarety. Každodenní kuřáčky představují 60% souboru, není zde žádná respondentka, která by je nikdy nevyzkoušela. Na druhém místě jsou diuretika, které každodenně užívají 2

respondentky (40% souboru). Na třetím místě se umístil alkohol, který alespoň týdně pijí všechny respondentky. Mezi další užívané látky patří léky na spaní, analgetika a anxiolytika. Tato skupina je jediná, ve které žádná z respondentek nikdy nevyzkoušela přípravky na hubnutí ani léky s obsahem hormonů.

Celkově mohu shrnout, že dívky a ženy s poruchou příjmu potravy nejčastěji ze všeho kouří cigarety, celkový počet 21% každodenních kuřáček je však podobný běžné populaci. Na druhém místě se velmi překvapivě umístila diuretika s plnými 18% každodenních uživatelék. Na třetím místě skončily přípravky na hubnutí s 16% každodenních uživatelék.

Časté je dále užívání anxiolytika a laxativ, léků s obsahem hormonů, a léků na spaní. Překvapením je celkově nízké umístění alkoholu, ženy s poruchou příjmu potravy v mém souboru jako skupina častěji užijí projímadlo než si dají skleničku vína či piva. Dalším překvapením je velmi nízké užívání analgetik, pro respondentky v mém souboru je dle jejich tvrzení běžnější užít lék na spaní než např. Ibuprofen.

Mezi drogami je podobně jako v běžné populaci nejběžnější marihuana, mezi ostatními drogami je nejčastější zkušenost se stimulačními drogami. Celkově však respondentky užívání drog udávají jen ojediněle.

Jedinou látku, kterou žádná z respondentek nikdy neužila, je emetikum.

13.4.3.2 rysy závislosti podle MKN – 10

Nyní se budu věnovat rysům závislosti, které respondentky uvádí. Pro diagnózu závislosti použiji definici podle MKN – 10.

Podle MKN – 10 lze definovat závislost, pokud během posledního roku došlo k třem nebo více z následujících jevů:

- a) Silná touha užívat látku.
- b) Potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení anebo množství látky.
- c) Somatický odvykací stav, užívání látky k odstranění nebo zmenšení tělesných odvykacích příznaků.
- d) Průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu).
- e) Zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy.
- f) Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy

z nadměrného užívání látky/látek, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.).

Závislostním tendencím se budu věnovat ve skupinách podle diagnózy. Vyjadřuji se k látkám, u kterých alespoň jedna respondentka ze skupiny odsouhlasila 3 nebo více bodů, a splnila tak předpoklady pro označení závislá. K dalším látkám, u nichž tyto tendence nedosáhly tohoto stupně, se vyjádřím hromadně v rámci jednoho odstavce na závěr kapitoly.

MENTÁLNÍ ANOREXIE RESTRIKTIVNÍHO TYPU

Cigarety

Ve skupině anorektiček restriktivního typu souhlasně zaškrtnuly 3 nebo více znaků závislosti 4 dívky, z toho dvě uvádí, že u nich došlo k všem šesti jevům, další dvě uvádí 3 z těchto jevů. Jedna z těch, které uvádí plně rozvinutou závislost, kouří denně, jedna jen každý týden. Z dívek, které uvádí tři z jevů, jedna kouří jen jednou do měsíce, jedna jednou do týdne. Druhá z každodenních kuřáček uvádí pouze 2 ze znaků závislosti (touhu po cigaretách a rostoucí toleranci), a není proto zařazena mezi závislé.

Celkem 4 dívky z 18 splňují podmínky pro označení závislost na cigaretách.

Alkohol

Dvě respondentky uvedly 5 znaků závislosti, 2 uvedly 3 znaky závislosti. Dívky s 5 ze znaků závislosti vynechaly jev abstinenční příznaky. V jednom případě se jedná o dívku ve věku 13let a méně, která pije přibližně jednou za měsíc. Ačkoli si lze představit, že neodhadne množství vypitého alkoholu a vypije víc, má touhu pít znovu (pravděpodobně zde hraje roli i příležitost), oproti první zkušenosti si pomalu zvyká – roste tolerance, v den, kdy pije zanedbává jiná potěšení a pokračuje navzdory nežádoucím fyzickým symptomům (tzv. kocovina), zdráhám se ji vnímat a zařadit jako rozvinutou alkoholičku. Zde se ukazuje, že anonymní dotazník tohoto typu má svá omezení. Druhá z dívek uvádějících 5 symptomů pije přibližně jednou za týden, je to mladá žena ve věku 20 – 22 let. Dívky, které uvedly zkušenosti s 3 z výše popsaných jevů, popisovaly obě obtíže s kontrolou množství vypitého alkoholu, touhu pít a rostoucí toleranci. Jedna přitom pije spíše ojediněle a nepravidelně, jedna asi jednou za měsíc.

Také zde tedy 4 dívky z 18 splňují zadaná kritéria pro závislost na alkoholu, pro přesnou diagnózu jejich potíží by však bylo zapotřebí osobního vyšetření a bližších informací.

Ostatní látky

3 nebo více znaků závislosti se již neobjevily u žádné látky. Přesto je pravděpodobné, že některé respondentky mohou některé z příznaků podceňovat nebo popírat. Konkrétně mluvím o respondentce s pořadovým číslem 18, ve věku mezi 17 a 19 lety, opakovaně hospitalizované, která připouští každodenní užívání anxiolytik a léků na spaní, ale uvádí pouze rostoucí toleranci a zanedbávání jiných potěšení. Je pravděpodobné, že pocituje také touhu po těchto látkách, čímž by naplnila zadaný počet 3 znaků.

Respondentka s pořadovým číslem 29 neuvádí žádný ze znaků závislosti, užívá jen jedinou látku, a to každodenně diuretika. Respondentka s pořadovým číslem 32, závislá na alkoholu a cigaretách, bere každodenně prášky na hubnutí, připouští touhu po nich a rostoucí toleranci. Také respondentka s pořadovým číslem 36, která uvádí každodenní užívání anxiolytika, diuretik a léků s obsahem hormonů, připouští pouze touhu po nich, a dále rostoucí toleranci diuretických prostředků.

Samozřejmě je možné každodenní užívání nějaké látky, aniž by došlo k plnému rozvoji závislosti, považuji však za důležité sem každodenní uživatelky zařadit alespoň jako doplňkovou informaci.

MENTÁLNÍ ANOREXIE PURGATIVNÍHO TYPU

Laxativa

z hlediska rozvinuté závislosti se umístila na prvním místě. Jedna respondentka uvedla všech 6 znaků závislosti, dvě respondentky uvedly 5 znaků (jedna vynechala abstinenci příznaky, jedna zanedbávání ostatních potěšení), a další dvě respondentky uvedly 4 z těchto znaků. Také všechny zbylé respondentky uvádí problematické zkušenosti s touto látkou – popisují problémy s kontrolou, pokud jde o množství užívání této látky a touhu po nich. Jedna sice žádný z příznaků nepopisuje, také je však pravidelně (jednou týdně) užívá. Jedná se o jedinou látku, se kterou mají zkušenosti všechny respondentky v této kategorii. Rozvinutou závislost uvádí celkem 5 z 8 respondentek v této kategorii.

Cigarety

Na druhém místě v počtu závislých uživatelek se umístily cigarety. Dvě respondentky uvádí 5 ze znaků závislosti, dvě 4 ze znaků závislosti. Vynechávají přitom shodně abstinenci příznaky a dále zanedbávání ostatních potěšení. Také 1 další respondentka popisuje touhu po cigaretách. Celkem uvádí rozvinutou závislost 4 respondentky z 8.

Diuretika

Další látkou, na které jsou některé z respondentek závislé, jsou diuretika. Jedna respondentka uvádí všech 6 znaků závislosti, dvě uvádí 3 znaky (jedna popisuje touhu po nich, rostoucí toleranci a pokračování v užívání přes škodlivé důsledky, druhá označila obtíže s kontrolou množství, touhu po nich a zanedbávání jiných potěšení). Rozvinutou závislost uvádí 3 respondentky z 8.

Alkohol

Více než tři ze znaků závislosti zaškrtnuly 2 respondentky, jedna přitom uvádí všech 6 znaků, jedna 5 znaků – vynechává přitom abstinenci příznaky. Plnou závislost připouští dívka (s pořadovým číslem 6) mezi 17 a 19 lety, single z vesnice, nikdy neléčená. Alkohol přitom pije přibližně jen jednou za týden. Respondentka, která uvádí 5 znaků závislosti (s pořadovým číslem 33) má mezi 20 – 22 lety, má vztah a bydlí v městě pod 30 000 obyvatel. Léčí se jen ambulantně. Alkohol užívá denně, spolu s anxiolytiky, cigaretami a léky obsahujícími hormony. Celkově tedy závislost na alkoholu uvádí 2 respondentky z 8.

Anxiolytika

Dvě respondentky přiznávají 5 ze znaků závislosti, obě přitom vynechávají abstinenci příznaky. Obě tento lék užívají každodenně. První z nich je vdaná žena ve věku 23 let nebo více, bydlí v městě nad 30 000 obyvatel. Léčí se ambulantně, užívá medikamenty předepsané psychiatrem. Udává dále závislost na laxativech a zkušenost s marihuanou, stimulancií a opiáty. Druhá z respondentek je popsána již mezi ženami závislými na alkoholu, jedná se o respondentku s pořadovým číslem 33. Závislost na anxiolytikách uvádí také dvě respondentky z 8.

Přípravky na hubnutí

Jedna z respondentek uvádí 5 ze znaků závislosti pro prášky na hubnutí, jedná se opět o mladou ženu s pořadovým číslem 33. Tři další respondentky (s pořadovými čísly 6, 23 a 35) připouští každodenní užívání těchto léků, přiznávají však pouze touhu po nich. Touhu po nich popisují také 3 další respondentky, jen jediná (respondentka s pořadovým číslem 5, závislá na laxativech, diureticech a cigaretách) touhu po těchto lécích neuvádí. Závislost celkově uvádí pouze jedna z 8 respondentek. Je možné, že navzdory každodennímu užívání léky, o kterých respondentky mluví, nemají příliš velký závislostní potenciál. Pravděpodobně se proto jedná spíše o volně prodejné doplňky stravy, než o lékařem předepisovaná anorektika. To je

pochopitelné, protože ani osobám s větší nadváhou často není takový lék předepsán. Zde by bylo užitečné podrobnější rozdělení této skupiny, z důvodu co nejkratší doby pro vyplnění dotazníku jsem však tuto skupinu blíže nespecifikovala.

Léky s hormony

Je to poslední látka, u níž uvádí jedna respondentka rozvinutou závislost, konkrétně 4 ze znaků závislosti. Jedná se o respondentku s pořadovým číslem 33, popsanou výše. Neuvádí přitom potíže v kontrole množství užívané látky a abstinenční příznaky. Tuto látku užívá denně. Dvě další respondentky připouští touhu po této látce.

Celkem anorektičky purgativního typu uvádí rozvinutou závislost na 7 ze 14 látek. 7 z 8 respondentek popisuje závislost na alespoň jedné látce: 3 respondentky jsou závislé na 1 látce, jedna respondentka na 2 látkách, dvě na 3 látkách a 1 respondentka (pořadové číslo 33) dokonce na 6 látkách. Zbývající respondentka (pořadové číslo 30), která neuvádí závislost na žádné látce, však každodenně kouří a užívá diuretika, každý týden užívá laxativa a jednou měsíčně kouří marihuanu. Předpokládám, že zejména v případě každodenního užívání cigaret a diuretik se může jednat o závislost, jejíž příznaky tato respondentka podceňuje.

Můžeme shrnout, že se jedná o skupinu žen, která má největší obtíže se závislostním chováním v tomto souboru.

MENTÁLNÍ BULIMIE NEPURGATIVNÍHO TYPU

Laxativa

Jedna z respondentek (pořadové číslo 28) uvádí 4 ze znaků závislosti, vynechává přitom nárůst tolerance a zanedbávání jiných potěšení. To je spíše neobvyklé, i ženy s menší frekvencí užívání laxativ referují a růstu tolerance. Je možné, že to souvisí s konkrétním přípravkem, který respondentka zvolila. Laxativa užívá každodenně. Touhu po této látce připouští další 3 respondentky, z nichž jedna je užívá rovněž každodenně.

Diuretika

Stejná respondentka (pořadové číslo 28) uvádí také 4 ze znaků závislosti na diuretika. Opět vynechává nárůst tolerance a zanedbávání jiných potěšení. Diuretika užívá asi jednou týdně. Jedna respondentka tuto látku užívá denně, nepřiznává však žádný ze znaků závislosti kromě touhy. Touhu tuto látku užívat uvádí ještě jedna respondentka.

Ostatní látky

Na žádné z dalších látek není žádná z nepurgativních bulimiček v mém vzorku závislá. Jedna respondentka zaškrtnula 2 z těchto znaků pro léky na spaní.

Celkově skupina žen s mentální bulimií nepurgativního typu v mém souboru potíže se závislostí příliš nepřipouští. Závislé chování uvádí pouze 1 respondentka ze 7, a to na dvou látkách (laxativa, diuretika).

MENTÁLNÍ BULIMIE PURGATIVNÍHO TYPU

Alkohol

Jedna respondentka popisuje 4 ze znaků závislosti (vynechává abstinenci příznaky a zanedbávání dalších potěšení), jedna 3 z těchto znaků (touhu pít, rostoucí toleranci a zanedbávání jiných potěšení). Obě pijí alkohol přibližně jednou týdně. Další 2 respondentky pijí také týdně, 1 denně – popisují pouze touhu po alkoholu. Další příznaky závislosti odmítají.

Cigarety

Jedna respondentka uvádí 3 ze znaků závislosti na cigaretách (potíže v kontrole množství, touhu kouřit a zanedbávání jiných potěšení). Kouří denně. Současně uvádí 3 znaky závislosti na alkoholu. Dvě další každodenní kuřačky přiznávají pouze 2 ze znaků závislosti. Všechna respondentky cigarety vyzkoušely, 4 z 5 kouří pravidelně (1 pouze jednou do měsíce, 3 denně).

Ostatní látky

Závislost na dalších látkách respondentky nepřipouští. 3 respondentky však uvádí touhu po množství látek. Respondentka s pořadovým číslem 13 uvádí touhu po 12 ze 14 látek, navíc připouští potíže v kontrole množství, pokud jde o cigarety a léky na spaní. Každodenně užívá cigarety, alkohol, anxiolytika, léky na spaní a diuretika, má zkušenosti s marihuanou a stimulancií. Domnívám se, že popírá rozvinutou závislost na několika látkách. Je to dívka ve věku 14 – 16 let, single z města pod 30 000 obyvatel, dosud neléčená. Respondentka s pořadovým číslem 17 uvádí touhu po 8 látkách, pravidelné užívání cigaret, diuretik, léků na spaní, anxiolytik, alkoholu a marihuany, připouští zkušenost se stimulancií a halucinogeny.

Uvádí závislost na alkoholu a cigaretách. Respondentka s pořadovým číslem 21 popisuje touhu po 9 látkách, a růst tolerance na diuretika, analgetika, alkohol a cigarety.

Celkově tato skupina neuvádí příliš potíže se závislostmi, je však možné, že tyto symptomy podceňuje nebo popírá. 4 z 5 respondentek přiznávají každodenní užívání různých látek, 3 respondentky uvádí touhu po větším množství látek. Všechny respondentky uvádí pravidelné užívání alespoň jedné látky.

Touha užívat i dosud nevyzkoušené látky

Zajímavým zjištěním je fakt, že ačkoli žádná z respondentek v celém souboru nikdy neužila emetika, hned 6 respondentek (16%) vyjádřilo touhu po nich. Jedná se o 1 restriktivní anorektičku (6%), 2 purgativní anorektičky (25%), 2 nepurgativní bulimičky (29%), a 1 purgativní bulimičku (20%). Je možné, že některé dívky a ženy, které nezvrací, se o to pokoušely a mají technické potíže dávicí reflex vyvolat, a že tyto nesnáze doprovází i dívky, které zvrací, ať už pravidelně či nikoli. Možným vysvětlením je také to, že mechanickým navozením zvracení se dívka či žena zbaví orientačně méně než poloviny požitého jídla, a od užití tohoto léku si slibují důkladnější pročištění. Také tuto otázku by bylo zapotřebí podrobit bližšímu zkoumání.

Podobná je situace ohledně léků s obsahem hormonů – touhu je užívat uvedlo celkem 12 dívek a žen (32%), to je skoro třetina celého souboru. Jedná se o 3 respondentky s restriktivní anorexií, 3 s purgativní anorexií, 3 s nepurgativní bulimií a 3 s purgativní bulimií. Reálné zkušenosti s touto látkou mají přitom pouze 3 restriktivní anorektičky, 2 purgativní anorektičky a 1 nepurgativní bulimička. Ostatní ji nikdy nevyzkoušely – je možné, že jedním z důvodů je nízká dostupnost bez lékařské indikace.

Tyto výsledky naznačují, že ačkoli dotazníková forma zjišťování přináší zajímavé informace ohledně typu a frekvence užívání různých látek, není vhodná jako jediný zdroj pro diagnostikování závislosti. Například skupina restriktivních anorektiček má tendence vnímat závažně i ojedinělé užití jakékoli látky, kdežto skupina purgativních bulimiček pravděpodobně přehlíží varovné symptomy mnohdy každodenního užívání několika látek najednou.

Nyní statisticky porovnáám tendence k závislostem mezi jednotlivými skupinami – statistické zpracování proběhlo za použití softwaru MS Word, MS Excel, StatGraphics Plus.

SOUVISLOST POČTU ZÁVISLOSTÍ NA DIAGNÓZE

- zkoumáno u 14 látek

Formulace statistických hypotéz:

H_0 : Počet závislostí nesouvisí s diagnózou.

H_A : Počet závislostí souvisí s diagnózou.

Výsledek:

$F = 5,37$

p-value = 0,0039

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že počet závislostí nesouvisí s diagnózou.

Jinak řečeno: Mezi závislostmi a diagnózou je statisticky významná souvislost.

Tabulky a grafy:

A. Přehledná tabulka – popisná statistika:

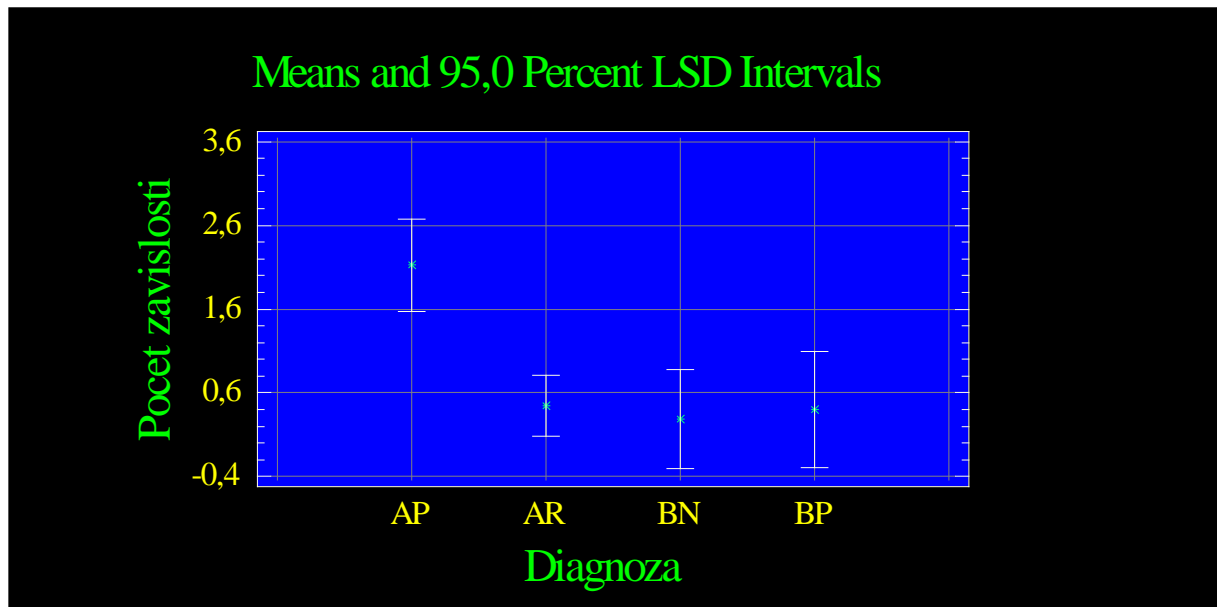
Diagnóza	Počet	Průměr	Směrodatná odchylka	95% interval spolehlivosti	
AP	8	2,13	1,89	1,57	2,68
AR	18	0,44	0,78	0,08	0,81
BN	7	0,29	0,76	0,00	0,87
BP	5	0,40	0,55	0,00	1,10

B. Tabulka ze Statgraphicsu

ANOVA Table for Pocet zavislosti by Diagnoza

Analysis of Variance					
Source	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-Ratio	P-Value
Between groups	18,9204	3	6,3068	5,37	0,0039
Within groups	39,948	34	1,17494		
Total (Corr.)	58,8684	37			

C. Graf



- protože tady vyšla souvislost, prošla jsem si ještě Multiple Range Test – ten srovnává jednotlivé skupiny navzájem po dvojicích

Výsledek:

- mezi skupinou AP a každou jinou je statisticky významný rozdíl
- mezi jakýmkoliv jinými dvěma skupinami není statisticky významný rozdíl (= ostatní další tři skupiny jsou homogenní)

Tabulka ze Statgraphicsu:

Multiple Range Tests for Pocet zavislosti by Diagnoza

Method: 95,0 percent LSD

Diagnoza	Count	Mean	Homogeneous Groups
BN	7	0,285714	X
BP	5	0,4	X
AR	18	0,444444	X
AP	8	2,125	X

Contrast	Difference	+/- Limits
AP - AR	*1,68056	0,936031
AP - BN	*1,83929	1,14008
AP - BP	*1,725	1,25582
AR - BN	0,15873	0,981228
AR - BP	0,0444444	1,1136
BN - BP	-0,114286	1,28986

* denotes a statistically significant difference.

13.5 Shrnutí výsledků

Nyní se vrátím k jednotlivým výzkumným otázkám, které jsem předestřela v kapitole 12 Formulace výzkumných otázek a hypotéz.

- vyskytnou se v mém souboru respondentky, které mají zkušenost s nelegální návykovou látkou (drogou)?

Respondentky, které mají zkušenost s nelegální drogou, se v mém souboru vyskytují. Více než třetina respondentek má zkušenosti s marihuanou (39%), 4 respondentky (11%) mají zkušenost se stimulancii, z toho jedna (3%) navíc i s opiáty a jedna (3%) navíc i s halucinogeny. Všechny respondentky, které mají zkušenost se stimulancii, mají také zkušenost s marihuanou.

- vyskytnou se v mém souboru respondentky, pravidelně zneužívající návykové psychoaktivní látky?

Respondentky, pravidelně zneužívající psychoaktivní látky, se v mém souboru také vyskytují. 3 respondentky (8%) pravidelně užívají marihuanu. V mém souboru se také nachází 16 pravidelných kuřáček (42%) – všechny kuřáčky marihuany zároveň kouří. 5 respondentek (13%) pravidelně užívá hypnotika a sedativa, 7 (19%) souboru pravidelně užívá anxiolytika. Celkem 21 respondentek (55%) pravidelně užívá alespoň jednu z těchto látek (cigarety, marihuana, hypnotika a sedativa, anxiolytika, stimulancia, opiáty, halucinogeny). Dále zmíním alkohol - 20 respondentek (53%) jej pije pravidelně (do pravidelného užívání zařazují i užívání s velmi nízkou frekvencí přibližně jednou měsíčně, což v rámci naší kultury nijak nepřekračuje běžné užívání).

- vyskytnou se v mém souboru respondentky, pravidelně zneužívající látky jiné než psychoaktivní látky (bez omamných účinků)?

Takové respondentky se v mém souboru rovněž vyskytují. Pravidelné užívání (i v nízké frekvenci jednou měsíčně) laxativ připouští 8 respondentek (21%), diuretik 11 respondentek

(29%), přípravků na hubnutí 9 respondentek (24%), léků obsahujících hormony 3 respondentky (8%). Alespoň jednu z těchto látek pravidelně užívá 20 respondentek (53%). Tato skupina se navzdory téměř identickému počtu liší od skupiny respondentek užívající látky s psychoaktivními účinky.

- vyskytnou se v mém souboru respondentky s již rozvinutou závislostí na některé látce?

Také tyto respondentky se v mém souboru vyskytují, 3 a více rysů závislosti připouští: 9 respondentek pro cigarety, 2 respondentky pro anxiolytika, a dále 8 respondentek pro alkohol. 5 respondentek závislých na cigaretách se nachází zároveň mezi respondentkami závislými na alkoholu. Celkem 11 respondentek (29%) uvádí závislost na látce s psychoaktivními účinky, 8 respondentek (21%) závislost na alkoholu. Co se týká alkoholu, jedná se o vyšší číslo, než jsem očekávala. Celkem 20 respondentek pije pravidelně, to je v naší kultuře poměrně běžné - z toho však 8 již vykazuje známky závislosti. 2 z 5 žen, které někdy pijí alkohol, s ním tedy již mají vážné problémy.

- vyskytnou se v mém souboru respondentky s již rozvinutou závislostí na látce bez psychoaktivních účinků?

Ano, v mém souboru se vyskytují. 3 a více rysů závislosti připouští 6 respondentek pro laxativa, 4 pro diuretika, 1 pro léky na hubnutí, 1 pro léky s obsahem hormonů. 3 respondentky přitom uvedly zároveň závislost na laxativech a diuretikech, 1 respondentka uvedla zároveň závislost na lécích s obsahem hormonů, lécích na hubnutí a diuretikách. Závislost na alespoň jedné z těchto látek připouští celkem 10 respondentek (26%).

- jaké látky dívky a ženy s diagnózou poruchy příjmu potravy zneužívají nejčastěji?

Nejčastěji zneužívané látky jsou cigarety, dále diuretika a poté přípravky na hubnutí. Přesnější popis těchto žen je již uveden pod tabulkou číslo 1.

- jaké látky dívky a ženy s touto diagnózou zneužívají nejméně často?

Nejméně zneužívanými látkami jsou emetika, a dále se stejně nízkým počtem uživatelék opiáty a hypnotika. Bližší informace jsou uvedeny rovněž pod tabulkou číslo 1.

- respondenty s kterým typem poruchy příjmu potravy zneužívají látky nejčastěji?

Skupinou, která zneužívá látky nejčastěji, jsou dívky a ženy s mentální bulimií purgativního typu.

- respondenty s kterým typem poruchy příjmu potravy zneužívají látky nejméně často?

V mém souboru nejméně zneužívají látky dívky a ženy s mentální bulimií nepurgativního typu.

- existuje statisticky významný rozdíl v míře již rozvinuté závislosti u jednotlivých skupin?

Existuje. mezi skupinou restriktivních anorektiček a každou jinou je statisticky významný rozdíl, mezi jakýmkoliv jinými dvěma skupinami není statisticky významný rozdíl (= ostatní další tři skupiny jsou homogenní).

14 DISKUSE

V kvantitativní části výzkumu jsem se pokusila zmapovat, zda, v jaké míře a jaké látky užívají ženy s poruchou příjmu potravy, a dále zda na některé z užívaných látek vykazují znaky závislosti. Narazila jsem přitom na některé obtíže, ke kterým se nyní chci vyjádřit. Určitým omezením mého výzkumu je už samotný fakt, jakým údaje zjišťuji. Výzkumný vzorek tvoří pouze dívky a ženy, které mají přístup na internet, a navštěvují pro-anorekticky orientované weby.

Jedním z prvních důležitých bodů bylo vytvoření dotazníku, který by měl dostatečnou návratnost. První varianta dotazníku byla podrobnější, a především po respondentkách vyžadovala také konkrétní odpovědi, které bylo zapotřebí vyplňovat s využitím klávesnice. Příkladem může být otázka na přesný věk respondentky. Dále obsahovala podrobné otázky týkající se jídelní poruchy, kterou dívka trpí – cílem přitom bylo zařadit respondentku pod konkrétní diagnózu osobně. Předpokládaná doba vyplnění dotazníku se tak však pohybovala kolem 25 minut, což jsem zhodnotila jako příliš dlouhé. Nakonec jsem tak dala přednost kratšímu dotazníku, vyplnitelnému pouze pomocí myši. Navzdory těmto úpravám se mi podařilo získat pouze 38 respondentek. To je poměrně malé množství. Dotazování jsem uzavřela v momentě, kdy navzdory opakovaným žádostem žádný nový dotazník nepřišel po dobu tří dnů.

Ve prospěch rychlého a jednoduchého vyplnění jsem zvolila uzavřené otázky, kde respondentky vybírají z nabídnutých variant. Snažila jsem se, aby tyto varianty pokrývaly všechny možnosti, v případě nejasností bylo možné vybrat dvě varianty. Tyto nejasnosti poměrně ojediněle nastaly, a v těchto případech jsem z důvodů zpracování dat vybrala možnost, která se mi jevila jako nejpravděpodobnější, sama. Nemohu však vyloučit, že při osobním doptávání se by se mnou respondentka nesouhlasila. Možnost vybrat dvě varianty zároveň byla zvolena při vybírání konkrétní diagnózy respondentky, a dále při dosavadní léčbě jídelní poruchy u respondentky. Všechny otázky byly povinné, respondentky nemohly přeskakovat. Nemám zpětnou vazbu v podobě váhání, že žádná možnost přesně nesedí.

V případě demografických otázek nenacházím žádné nejasnosti. Určitá nejistota však panuje ohledně samotné diagnózy poruchy příjmu potravy u respondentky. Rozhodujícím kritériem byla důvěra, že sama respondentka dokáže svůj stav správně ohodnotit. Sporná je přitom především závažnost stavu – ačkoli jsem účastnice diskusí požádala, aby dotazník vyplňovaly jen v případě, že trpí poruchou příjmu potravy, je možné, že odpovídaly také dívky a ženy se subklinickou formou uvedených potíží, to je s atypickou formou mentální

anorexie či bulimie. Určité omezení představuje sloučení jednotlivých drog do skupin podle typu, vzhledem k výskytu jejich užívání v mém vzorku to však nepředstavuje problém. Další zkreslení mohlo nastat při odpovídání na otázky, týkající se přítomnosti rysů závislosti. Zde jsem nabyla dojmu, že odpověď může být subjektivně ovlivněna povahou respondentky, a dokonce že zde nacházím určité tendence v závislosti na diagnóze respondentky. Konkrétně dívky trpící restriktivní formou mentální anorexie popisují několik ze znaků závislosti i u látek, které jen jednorázově či několikrát nepravidelně užíly. Oproti tomu dívky a ženy trpící purgativní formou bulimie několikrát neuváděly téměř žádné z rysů závislosti, navzdory každodennímu užívání některé látky. Mám proto pocit, že restriktivní anorektičky užití jakékoli látky prožívají jako velmi závažné, zatímco purgativní bulimičky toto podceňují.

Speciální a pro mě velmi překvapivá situace nastala, co se týká užívání analgetik. Nečekaně velké množství respondentek – celkem 20, to je 53% souboru, uvedlo, že nemá žádnou, ani jednorázovou zkušenost s užíváním těchto léků. To se mi pro dívky a ženy od puberty po dospělost jeví jako poměrně nepravděpodobné. Vysvětlení této otázky bylo podobné jako u ostatních látek, nejasnost v tomto bodu jsem neočekávala. Domnívám se, že v odpovědích na zkušenosti s užíváním této látky nacházím zajímavou tendenci k popírání bolesti, pro potvrzení této domněnky by však bylo zapotřebí dalšího výzkumu.

Dalším překvapením je, že některé dívky s jídelní poruchou chtějí užívat emetika a léky s obsahem hormonů, ačkoli s nimi nemají žádné zkušenosti. Je možné, že důležitým kritériem je zde nízká dostupnost těchto látek.

Navzdory omezením, která můj výzkum má se domnívám, že přináší zajímavé informace ohledně zvyků a tendencí dívek a žen s jídelní poruchou, co se týká užívání návykových látek. Jsem přesvědčená, že jeho přeložení do angličtiny a dalších světových jazyků, obohacení o otázku týkající se země, ze které respondentka pochází a předložení účastnicím větších diskusních fór by přineslo výrazně vyšší návratnost dotazníku. Jeho vypovídající hodnota a možnost tyto výsledky zobecnit na celou populaci žen s jídelní poruchou by tak byly nesrovnatelné.

Oproti jiným výzkumům spatřuji přínos svého šetření v rozšíření na běžnější populaci nehospitalizovaných pacientek. To umožňuje zahrnutí nepurgativních bulimiček, u nichž k hospitalizaci většinou nedochází. Dále také rozšíření mého zájmu z omamných látek na všechny skupiny látek, u nichž lze očekávat možnost zneužívání.

Potvrzuje se mi rozšířenější zneužívání většiny látek mezi bulimičkami oproti anorektičkám. Procento alkoholismu a kuřáctví v mém souboru přibližně odpovídá již

citovanému výzkumu (Bulik a kol., 1992), ačkoli se jednalo pouze o hospitalizované pacientky. Překvapivé je pro mě zjištění, že 100% žen s bulimií purgativního typu v mém vzorku nikdy nevyzkoušelo žádné přípravky na hubnutí, tuto látku tedy anorektičky nečekaně užívají častěji. Prakticky stejně často užívají restriktivní anorektičky a purgativní bulimičky v mém vzorku laxativa. Výskyt zneužívání drog je nižší – je možné, že účastnice internetových diskusí vykazují jako skupina všeobecně nižší patologii, to je však obtížné zjistit.

15 KVALITATIVNÍ ČÁST: KASUISTIKY

15.1 Metoda a typ sběru dat

V kvalitativní části jsem zvolila osobní polostrukturovaný rozhovor. Ptala jsem se na informace ohledně rodiny, ze které pacientka pochází, zjišťovala jsem spouštěcí mechanismus pro rozvoj poruchy, detaily ohledně jejího dosavadního průběhu a léčby, a také další komplikující psychické poruchy a obtíže, s důrazem na obtíže vyžadující psychiatrickou léčbu a zneužívání všech typů látek běžných v normální populaci a mezi pacientkami s PPP. Rovněž jsem se zajímala o plány pacientky do budoucnosti a její vyhlídky na úplné vyléčení.

15.2 Forma získávání informací

Informace byly získávány formou osobního dotazování .

15.3 Výzkumný vzorek

Klientky pro kasuistiky jsem získala z řad klientek soukromé psychologické péče mé matky, PhDr. Kuncové, jednu dívku (Eva F.), jsem kontaktovala přes internet. Podmínkami pro jejich zařazení bylo: plnoletost, přetrvávající obtíže s jídelní poruchou, a ochota k časově poměrně náročnému rozhovoru – přibližně hodina až dvě. Snažila jsem se o podobné zastoupení anorektiček a bulimiček. Také jsem se rozhodla do svého výběru zařadit dívky se závislostí na ilegálních psychoaktivních látkách (drogách), a také dívky, které drogy neužívají.

15.4 Kasuistiky

15.4.1 Kasuistika 1: Irena K, mentální anorexie, zneužívání drog

Slečna Irena má v současné době 19 let, studuje střední školu v Praze. Narodila se v neúplné rodině, má o 7 let starší nevlastní sestru, která má jiného otce. Její matka požádala o rozvod, když měla starší sestra 2 měsíce, jak reakci na odhalenou nevěru. Znovu už se

nevдалa. Těhotenství s Irenou bylo neplánované, matka dlouhou dobu zvažovala interrupci. Nakonec se rozhodla dítě donosit, vztah s biologickým otcem se však rozpadl rovněž do jednoho roka po jejím narození. Další partnery matka neměla a nemá, obě dívky vyrostly pouze s matkou, k tatínkům jezdí přibližně jednou za rok na prázdniny (oba mají nové partnerky a bydlí mimo Prahu). V péči mé matky se ocitla na žádost a doporučení své matky, která k ní dlouhodobě dochází. Absolvovala však jen několik sezení. Přesto po telefonickém kontaktu souhlasila s poskytnutím tohoto rozhovoru.

Vztahy mezi Irenou a její matkou nebyly nikdy bezproblémové. Matka ji popisovala jako vzdorovité dítě, které se nesnaží udělat radost, hodně a často pláče a je obtížně výchovně zvladatelné. Matka má mírnou nadváhu, hodně kouří. Vztah k alkoholu je podle všeho normální. Příležitostně užívá analgetika a někdy si vezme prášek na spaní, ale Irena nemá žádné bližší informace. Někdy se snaží trochu zhubnout, ale jde spíše o krátkodobé pokusy bez vlivu na dlouhodobou hmotnost. Vztah se sestrou byl nejdřív dobrý, zhruba od Ireniných 12 let se však hodně hádají. S tátou vychází dobře, ale moc se neznají, vídají se velmi málo. Nemá moc blízkých kamarádek – v dětství se cítila spíše osamělá, v pubertě začala chodit ven s partou, se kterou ji seznámila spolužačka z vyššího ročníku. Nejbližší osobou je pro ni v posledních letech její přítel, s nímž má bouřlivý vztah – jsou spolu prakticky všechen volný čas, mají ale za sebou už několik krátkých pokusů o rozchod a mnohé neshody a hádky. Její přítel s ní prakticky bydlí v jejím pokoji u matky, což je rovněž příčinou mnohých neshod. Irena však věří v budoucnost tohoto jejího prvního opravdového vztahu.

Od dětství byla štíhlá, přesto začala přibližně ve 12 letech příležitostně odmítat jídlo. Vynechávala obědy ve školní jídelně, kde se necítila dobře, a odmítala se účastnit domácích obědů a večeří, o kterých tvrdila, že jí nechutnají a panuje u nich nepříjemná atmosféra. Předmětem konfliktů bylo zapominání domácích úkolů a zhoršující se prospěch, navzdory pravděpodobně nadprůměrné inteligenci, a také nepořádnost a neplnění domácích povinností. Matka i sestra mají vysokou školu, otec vystudoval střední školu s maturitou. K stávajícím potížím se přidaly konflikty ohledně jídla. Situace se brzy vyvinula tak, že matka jídlo nutila a snažila se dohlížet na řádnou a pravidelnou stravu, kterou Irena odmítala, tajně vyhazovala a podobně. Přestala přibírat na váze, naopak začala kouřit. První cigaretu vyzkoušela již asi ve 13 letech. Konflikty se stupňovaly a Irena se pokusila o útěk z domova. Druhého dne byla policií nalezena a po domluvě s matkou umístěna na dětskou psychiatrii v Bohnicích. Tam zůstala asi měsíc. Podle jejích slov se tam neměla nijak dobře, ale vracet se domů také nechtěla.

K stabilizaci jejího stavu nedošlo. Irena začala číst časopisy pro mladistvé a propadat špatným náladám z toho, že ve 13 letech ještě nemá přítele, také se výrazně malovat a vyzývavě oblékat. Ošklivila si matčinu nadváhu a byla hrdá na svou vůli, s níž si dokázala udržovat velmi nízkou hmotnost (při svých 174cm se její váha pohybovala přibližně mezi 44 a 52kg). Se svou partou vyzkoušela marihuanu, základní školu s velmi špatným prospěchem ukončila. Několikrát utekla z domova, nejdéle na asi 3 týdny, které se zároveň kryly s Vánočními svátky. Irena popisovala, že tehdy jí obzvláště vadily domácí přípravy a pečení cukroví, což vnímala jako pokrytectví a nesmyslné přejídání. Tyto útky končily tak, že byla zadržena policií, nejčastěji v některém hudebním klubu. V této době začala navštěvovat psychologa, ale příliš nespolupracovala a nepopisuje tuto zkušenost jako prospěšnou. V průběhu let vystřídala několik psychologů, pokaždé však bez dlouhodobého efektu.

První menstruaci dostala ve 13 letech, cyklus měla velmi nepravidelný, v podstatě menstruovala jen několikrát do roka. Tato situace se stabilizovala až užíváním hormonální antikoncepce v 16 letech. V průběhu dalších let byla ještě dvakrát hospitalizována, a dochází k již několikátému psychologovi. Ve 14 letech začala experimentovat s různými drogami, jednou prožila dokonce několikaměsíční období bráním pervitinu. Opakovaně byla vyloučena ze střední školy pro mnohé absence a neprospěch.

Od 18 let drogy neužívá. Asi jednou až dvakrát měsíčně užije anxiolytikum Diazepam, nepravidelně, ale zřídka bere léky na spaní. Alkohol nepije. Laxativa ani diuretika neužívá, občasně používá analgetikum Ibalgin. Prášky na hubnutí neužila nikdy. Kouří okolo 15 cigaret denně. Má stálé obtíže s dietami, a pociťuje odpor a pohrdání tlustými lidmi. Každodenně se váží, a je hrdá na svou setrvalě nízkou váhu. V současné době váží 48kg., ale přála by si ještě 3kg ubrat. Podle svých slov jí zdravě, zcela ze svého jídelníčku vyřadila tučná, smažená a jinak kalorická jídla. Pravidelně každý den běhá, cvičí aerobic. Když pociťuje výrazný stres, dochází u ní k sebepoškozování, štípe se po těle, někdy si trhá vlasy. V nejhorších obdobích (způsobených nejčastěji konfliktem s přítelem) se na nepříliš viditelných místech lehce řízne do kůže. Antidepresiva odmítá, cítí se v pořádku.

Irena nyní studuje soukromou obchodní akademii. Budoucnost příliš neplánuje, doufá v dobře placenou práci a pokračování vztahu s přítelem. Děti si zatím neumí představit, prožila prý příliš špatné dětství. Co se týká naděje na vyléčení ze svých obtíží, není příliš optimistická. Uznává obavy ze zdravotních důsledků nezdravě nízké hmotnosti, před kterými ji varují lékaři, ale doufá v dlouhodobě udržitelný kompromis. Tato váha je podle mého názoru nereálně nízká – v žádném případě nechce nikdy přesáhnout 50kg. Nadále bydlí se svou matkou, nyní v podstatě i se svým přítelem. V současné době není v psychologické péči.

15.4.2 Kasuistika 2: Klára K, mentální anorexie

Slečna Klára je z Prahy, je jí 23 let, studuje vysokou školu. Má o rok a půl mladšího bratra, rodiče se rozvedli, když jí bylo 19 let. V dětství měla problémy s páteří a držení těla, ortoped doporučil každodenní nápravné cvičení. Od malička tedy každodenně cvičí, tento zvyk udržuje celoživotně. Vedle toho, pokud nemá příliš hubené období aktivně sportuje, běhá, plave, cvičí a tancuje latinsko-americké tance. Manželství rodičů bylo konfliktní, matka trpěla obezitou a depresemi, s otcem se kvůli tomu často hádali. Slečna Klára se často starala o mladšího bratra, který vyrůstá v mladého muže s bezstarostnou povahou a četnými finančními, studijními a dalšími problémy.

V pubertě začala trochu přibírat, zareagovala na to zvýšenou dávkou cvičení a dietou. První menstruaci dostala těsně před 15 narozeninami, cyklus měla nepravidelný, dokud nezačala užívat hormonální antikoncepci v 18 letech. Ve škole byla úspěšná, základní i střední školu absolvovala všechny ročníky i maturitu s vyznamenáním, napoprvé složila také přijímací zkoušky na medicínu. Byla společenská, vždy měla několik kamarádek, i když v průběhu dospívání se začala kamarádit převážně s dívkami s velmi štíhlou postavou a podobným světonázorem. Je přísná vegetariánka, maso nejí od svých 13 let, neláká ji, nevoní jí a také z morálních důvodů. Když jí bylo 16 let, začala trpět stresem, konflikty doma se přiosťrovali a vyvrcholily odstěhováním otce, když jí bylo asi 18 let. Na toto období nevzpomíná ráda – schylovalo se k maturitě, a ačkoli byla Klára vždy premiantkou, trpěla obavami, jak zkoušku zvládne. Bála se, že něco zapomene a bude mít před profesory ostudu. Doma bylo velké dusno, a Klára tak nejraději trávila volný čas, když se neučila cvičením a procházkami venku, s pejskem a někdy kamarádkami. Vinila matku, že ničí rodinu svou obezitou, se kterou není schopná něco dělat, a snažila se ji podpořit v hubnutí – brala ji plavat, a podporovala ji v dietách. Nejprve oblepila kuchyň inspirujícími fotografiemi a kalorickými tabulkami, zdravě vařila pro celou rodinu. Byla na sebe velmi hrdá, hlavně na svou nízkou váhu, která v posledním ročníku gymnázia postupně klesla na asi 51kg při 172 cm. Občasná pochvala za její postavu od otce a varování, aby se jednou nerozkynula a nezískala podobnou postavu jako má matka, v ní uvolnily strach z jídla. Před maturitou přestávala cvičit, protože na to neměla energii, trpěla stresem a rodinou atmosférou. Nakonec přece jen úspěšně odmaturovala a složila přijímací zkoušky na medicínu. O prázdninách po přijímacích zkouškách vycestovala na 2 měsíce do Německa na jazykový kurz a brigádu. Zatímco byla pryč, rodiče ji telefonicky informovali, že se otec definitivně odstěhoval ze společné domácnosti. Propadla depresi, prakticky přestala jíst. Vyzkoušela vykouřit několik cigaret, ale měla o to horší pocit. Z pobytu se vrátila předčasně, starat se o depresivní matku, ale i ta se

zhrozila váhového úbytku – její váha v té době klesla na její minimum, 48kg. Začaly jí padat vlasy, stále se třásla a několikrát krátce omdlela. Kvůli matce a nástupu na VŠ souhlasila s návštěvou psychologa a psychiatra. Rok užívala antidepresiva, ale podle svých slov se s nimi necítila dobře. Od svých 18 let stále pravidelně navštěvuje psychologa, nyní již jen asi jednou za 4 až 6 týdnů - říká, že je ráda, že na sobě pracuje. Dozvěděla se o sobě mnoho překvapivého, někdy má horší období a toto ji drží nad vodou. Nejhorší období už překonala, ačkoli strach z jídla a tloušťky a nechů k svému tělu ji trápí stále. Mladší bratr se pohádal s oběma rodiči, nestuduje a odešel pracovat do Ameriky jako barman, někdy jí dost chybí. Nemá partnera, ve 21 letech krátce vyzkoušela vztah s jedním spolužákem, ale necítila se dobře a vztah po 2 měsících ukončila. Váhu má stále nízkou, nyní asi 53kg, a když má mnoho stresu, není schopná několik dní skoro jíst. Vedle studia medicíny pracuje v čajovně, cvičí pilates, tancuje, chodí na kurzy němčiny a angličtiny a čte. Zajímá se o zdravou výživu, a chce se tomuto tématu i profesně věnovat. Stále nejí maso, a v tomto ohledu nechce žádnou změnu. Jednou chce rodinu a děti, ale až kolem 30 let, zatím si to nedokáže představit. Bydlí zatím se svou matkou, ale jejich vztahy jsou napjaté, po ukončení školy a nalezení práce se chce odstěhovat. Žádné návykové látky nikdy neužívá, několikrát do roka si dá skleničku vína. Má obavy z posledního ročníku a státních zkoušek, a také z hledání práce a nástupu do ní. Klid jí přináší pilates, cvičí denně a když výjimečně vynechá, cítí se zle. V blízké budoucnosti by si také chtěla najít partnera, má ale vysoké nároky, bojí se mužů a sexuality a stále má potíže přijmout své tělo.

15.4.3 Kasuistika 3: Eva F., mentální bulimie

Slečna Eva má 21 let, pochází z Benešova u Prahy, v současné době pracuje jako asistentka v Praze. Její rodiče se rozvedli, když jí bylo 7 let., byla svěřena do péče matky. S tou výborně vychází, vnímá ji jako svou dobrou kamarádku a skvělou matku. Otec se několik let po rozvodu znovu oženil, matka si našla nového přítele až před 4 lety, nyní s ním bydlí. Rozvod byl prý způsoben více věcmi, celkově ale matka ve vztahu postrádala pohlazení a vřelost. Toto kompenzovala vztahem s kolegou z práce, následoval rozvod, kterého s odstupem času lituje. Eva postrádá svého otce, vídají se nicméně pravidelně asi 2x měsíčně. Sourozence nemá. Nikdo v rodině nekouří, nepije, nenadužívá léky. Oba rodiče jsou spokojení a sebejistí, výchovu popisuje jako přiměřeně pevnou s dostatkem volnosti. Otec ji však nikdy ani nepochválil, ani nezkritizoval, sama nezná jeho názor na sebe, a to ji mrzí.

Od dětství prý byla trochu oplácená, před létem s matkou společně hubly do plavek. Vždy byla spokojená, společenská a oblíbená, navzdory příležitostným negativním poznámkám na adresu své váhy ze strany strýce a dalších lidí. V 16 začala víc přibírat ve vztahu s přítelem, s nímž trávili mnoho času na gauči a jedením. V 17 letech nastal zlom, když při výšce 166cm ukázala ručička váhy 80kg. Začala svou váhu velmi nelibě prožívat, podle svých slov doufala, že „to celé kolem mě je jen oblek, já se jednoho dne probudím, rozepnu ho a vyskočím z něj krásně hubená“. Rozhodla se pro přísnou dietu, a skutečně během 3 měsíců shodila 20kg. Změnila celkově životosprávu, začala kupovat biopotraviny, jezdit na kole, chodit do posilovny, jíst pětikrát denně malé porce. Na oslavě narozenin se pak najedla chlebíčků a zákusků, přibližně jako ostatní. Prý se to však nehodilo k dietě spočívající v jogurtech a jablkách, kterými se stravovala. Poprvé ji napadlo vyvolat dávení a tak se zbavit nadbytečných kalorií, a tím začalo střídání období nejedení a zvracení. Zvracela cca jednou za čtrnáct dní a nijak si nepřipouštěla, že to není v pořádku. Tento stav trval asi rok a půl, pak jí odjel přítel, měla před sebou maturitu a byla nemocná a sama doma. Svůj smutek a strach zajídala - kupovala si hromady jídla, přejídala se a zvracela. To už se to začalo podepisovat i na psychice: byla podrážděná, unavená, na nic neměla chuť, nechtěla mezi lidi. Naskakovaly zameškané hodiny, neshody s mámou. Rozhodla se přiznat své potíže. Následovala vyšetření psychologů, psychiatrů, od kterých utíkala a čekala, že přijde něco nebo někdo, kdo ji spasí.

Pak odmaturovala, udělala přijímací zkoušky na vysokou školu (literární akademii) a cítila se docela dobře, nicméně zvracet nepřestala. Když pak ve škole změnili rozvrh, přidali hodiny, přibyl stres, znovu se znásobily bulimické obtíže.

Eva opustila vysokou školu, přestěhovala se do podnájmu, a začala chodit do práce. Měla přitom jednoznačnou představu, že už nechce zvracet. Vydržela ale jen týden, pak se objevila nějaká náročná situace a následoval dvou až třídní koloběh přejídání a zvracení. Začala být znovu extrémně vyčerpaná, skrývala se před přáteli, nemohla chodit sportovat, a zavírala se doma se svou bulimií.

Po 4 letech se dostala do velmi špatného stavu, stále se přejídala a zvracela, upadala do čím dál větší deprese a začala přemýšlet o sebevraždě. V tomto stavu se nechala hospitalizovat. To ji částečně stabilizovalo, vystřídala několik psychologů a psychoterapeutů, ale nebyla s nimi spokojená. Podle svých slov je nakonec opustila ze stejného důvodu, nechtěla ale uvést, z jakého. Poznamenala, že člověk do léčby nesmí dávat příliš mnoho, její vztah k léčbě působí ambivalentně. Docházela také k doc. Krchovi, zkritizovala však, že se zabývá spíše jídlem než duší. Vyzkoušela několik různých antidepresiv, deprex, prozac a fluoxetin (říká, že obsahují stejnou účinnou látku). Fluoxetin užívá dodnes.

V současné době jíst zvládá, ale příležitostně, když je ve stresu, se znovu objeví bulimický záchvat, asi 2x za měsíc. Nekouří, ačkoli cigarety vyzkoušela, jen asi jednou za měsíc až dva vodní dýmku s přáteli. Příležitostně s přáteli také pije alkohol, nepravidelně. Nikdy neužívala prášky na hubnutí, laxativa, diuretika, ani nevyzkoušela marihuanu ani jiné drogy. Občas si vezme Diazepam, překvapivě manipuluje s antidepresivy a někdy je nadužívá. V den, kdy má bulimický záchvat, si přidá jednu tabletu antidepresiva navíc. Uznává, že je to nelogické, ale prý to dělá pro dobrý pocit.

Eva uvažuje o návratu ke studiu, tentokrát však jiné vysoké školy – hlásí se na dálkové studium Výchovy ke zdraví. Má krátce nového přítele, jednou by si přála miminko. Aktivně hraje volejbal, a jezdí na kole, podle svých slov má spoustu aktivit. Aktivně se účastní diskusí na internetových stránkách o poruchách příjmu potravy. Věří, že se svých potíží s bulimií jednou zbaví docela.

15.4.4 Kasuistika 4: Petra S., mentální bulimie, zneužívání návykových látek

Slečna Petra má 20 let. Pochází z Pardubic, má o 2 roky starší sestru, biologický otec od jejich matky odešel v jejích dvou letech, nikdy nebyli manželé. Vídají se přibližně jednou měsíčně, ale byla i roční pauza, během které s ní i sestrou otec bez vysvětlení přerušil kontakt. Od malička sportovala, ve 4 letech začala podobně jako její sestra s baletem, později přešla na gymnastiku. Váha byla tématem celý život, celé dětství měla štíhlou a svalnatou postavu. Když jí bylo 12 let, její sestra, v té době 14 let, začala trochu přibírat a závidět jí její postavu. Jejich rodina se ocitla ve vážných finančních potížích, což bylo jedním z hlavních důvodů, pro které obě přestaly se sportem. Petra měla v té době 13 let.

Období po ukončení sportování prožívala jako úlevu, nemusela se už hlídat kvůli trenérovi a matce. V jednom období se tak sešel nástup puberty, konec aktivního sportování a změna stravování směrem k vysoce kalorickým jídlům, která si poprvé v životě začala pravidelně dopřávat. Během roku přibrala přes 10kg, a podobně i její sestra, se kterou jsou si velmi blízké. Obě se začaly velmi trápit svou změněnou postavou, na kterou reagovalo i okolí – matka i kamarádky – kousavými poznámkami a posměchem. Sestra se do náročného hladovění pustila jako první, a během několika měsíců shodila téměř 20kg. Užívala přitom každodenně několik typů prášků na hubnutí. Několikrát zkolabovala, 3x byla hospitalizována v nemocnici. V 15 letech, o letních prázdninách před nástupem na střední školu, se Petra rozhodla pro radikální zhubnutí, po vzoru své sestry. Začala intenzivně cvičit, i několik hodin denně, a držet hladovku, která se však po dvou letech přejídání vymkla zpod kontroly. Začala

užívat prášky na hubnutí, laxativa, diuretika a také zvracet. K tomu ji inspirovala částečně sestra, ale také medializace mentální anorexie a bulimie. Přesto se jí nepodařilo do nástupu do nové školy dosáhnout své vysněné váhy. Trápila se pochybnostmi, byla unavená, měla zdravotní problémy (například se jí zkazilo velké množství zubů) a v novém kolektivu se stranila spolužáků a nenašla si žádné kamarádky. V 17 letech se seznámila s prvním přítelem a jeho kamarády, a s nimi začala velmi excesivně pít alkohol, a také kouřit cigarety a marihuanu. Stále se přitom přejídala, a její váha kolísala – stabilně však zůstávala vyšší, než si přála. Její sestra byla v hubnutí úspěšnější, a ona proto žárlila, jejich vztahy poněkud ochladly. Bulimické záchvaty přicházely několikrát týdně, k tomu každodenně pila množství vína i tvrdý alkohol, a také kouřila přes krabičku cigaret denně a téměř denně také marihuanu. S překvapivě dobrými výsledky pak odmaturovala a podařilo se jí složit přijímací zkoušky na vysokou školu v Praze.

V 18 letech se tak odstěhovala na internát, což prožívala jako velkou úlevu a dobrodružství. Její obtíže se však spíše zhoršily. Velmi touží po tom, být dokonalá, ale permanentně je se sebou nespokojená. Vztah s přítelem, který zůstal v Pardubicích, se rozpadl, a Petra vystřídala několik nových známostí. S žádným z těchto krátkodobých partnerů se však necítila svobodně a dobře, a dávala přednost soukromí, které potřebuje pro bulimické záchvaty.

Po několika měsících pro depresi a únavu vyhledala psychologické poradenství, a na doporučení psycholožky kontaktovala také psychiatra, který jí předepsal antidepressiva. Ta užívá stále, její obtíže se tím zmírnily, nicméně nezmizely. Bulimický záchvat má několikrát do měsíce, také stále kouří, a příležitostně pije alkohol a kouří marihuanu. Někdy si také vezme anxiolytikum Neurol, příležitostně užije prášek na spaní, vrací se i k práškům na hubnutí, laxativům a diuretikům.

Má více aktivních zájmů – vedle studia (pedagogická fakulta UK) se věnuje jazykům, má ráda koncerty, operu a balet. Pravidelně plave. V budoucnosti chce najít vztah, ve kterém se bude cítit sama sebou. Uvažuje o náročnějších formách psychoterapie, láká ji psychoanalýza, chce vyzkoušet hypnózu. Ve vzdálené budoucnosti chce rodinu a děti. V brzkou úlevu od svých symptomů však nedoufá, „přestala věřit na snadné zázraky“.

16 ZÁVĚR EMPIRICKÉ ČÁSTI

V empirické části své diplomové práce jsem vyjádřila předpoklad, že dívky a ženy s poruchou příjmu potravy často užívají různé látky, a mají obtíže se závislostí na nich. Tento předpoklad jsem podrobila zkoumání pomocí dotazníkového zjišťování. Domnívám se, že jeho výsledky tento předpoklad potvrzují.

Dále jsem se v empirické části věnovala vybraným kasuistikám pro konkrétní představu ohledně povahy zneužívání návykových i nenávykových látek dívkami a ženami s jídelní poruchou. Podařilo se mi shromáždit vzorek 4 mladých žen s odlišnými diagnózami i potížemi, a to mentální anorexie s aktivním zneužíváním návykových látek, mentální anorexie bez zneužívání návykových látek, mentální bulimie se zneužíváním návykových látek a mentální bulimie bez zneužívání návykových látek. Věřím, že tyto kasuistiky vhodně doplnily tuto diplomovou práci.

Domnívám se, že můj výzkum přinesl zajímavé informace i podněty pro další zkoumání. Ráda bych se této problematice i v budoucnu věnovala, a na základě svých nynějších zkušeností toto šetření rozšířila a dále uzpůsobila podle specifík zkoumané populace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATUTRY:

- ABRAHAM, S. F. - BENDIT, N. - MASON, C. a kol. The psychosexual histories of young women with bulimia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 1985, s. 72-76.
- ALGOOD-MERTEN, B. *Women and Depression: a handbook for the social, behavioral and biomedical sciences*, ed. Keyes, C. L. M. - Goodman, S. H. New York: Cambridge University Press, 2005.
- ATKINSON, R. L. - ATKINSON, R.C. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 862 s. ISBN 80 -85605-35-X.
- BARBER, N. Gender differencies in effects on mood on body image. *Sex Roles* [online], vol. 44, no. ½, New York: 2001, s. 99-108.
- BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 91 s. ISBN 80-718-7003-X.
- BOTTA, R. A. Television images and adolescent girls' body image disturbances. *Journal of Communication*. [online]. vol. 49, no. 2, New York: 1999, s. 22-41.
- BRUCH, H. *Eating disorders: Obesity, Anorexia nervosa, and the person within*. London: Routledge, 1973.
- BRUCH, H. *The colden cage: The enigma of anorexia nervosa*. London: Open books, 1978.
- BRINCH, M., - ISAGER, T., - TOLSTRUP, K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 5, no. 77, 1998, s. 611-617.
- BULIK, C. M. a kol. Drug Abuse In Women with Anorexia and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 11, no. 3, April 1992, s. 213-225.
- BULIK, C. M. Anxiety Disorders and Eating Disorders: A review of their relationship. *New Zealand Journal os Psychology*, vol. 24, no. 2, December 1995, s. 51-62.
- BUNNELL, D. W. - SHENKER, I. R. - NUSSBAUM, M. P. - JACOBSEN, M. S., - Cooper, P. Subclinical versus formal eating disorders: Differentiating psychological features. *International Journal of Eating Disorders*, no.9, 1990, s. 357 – 362.
- CASPER, R. C. Eating disturbances and eating disorders in childhood. *Psychopharmacology*. Vol. 4. Ed. Bloom, F. E. - Kupfer, D. J. New York: Guilford Press, 1997.
- CERMAK, T. Treating multiple substance abuse clients. *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 4, 1986, s. 85-103.

- CILISKA, D. *Beyond dieting: Psychoeducational Interventions for Chronically Obese Women* New York: Brunner- Mazel, 1990.
- COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. 207s. ISBN 80 -85885-97-2 4.
- CRISP, A. H. *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic press, 1980.
- CUSKEY, W. R. - RICHARDSON, A. - BERGER, L. H. Specialized therapeutic community program for female addicts. *NIDA, Serv. Research Rep.*, DHEW No. (ADM) 79-880. US Government Printing Office, Washington D.C., 1979.
- ERIKSON, E., H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002. 390 s. ISBN 80-7203-380-8.
- FALTUS, F. - HAINER, V. Anorektika v léčbě poruch příjmu potravy. *Čs. Psychiatrie* 91, 1995, str. 291- 297.
- FRAŇKOVÁ, S. *Výživa a psychické zdraví*. Praha: ISV, 1996. 271 str. ISBN 80-85866-13-7. 6.
- FRAŇKOVÁ, S., - DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha : Karolinum, 2003. 255 s. ISBN 80-246-0548-1.
- GARNER, D. M. - GARFINKEL, P. E. *Anorexia Nervosa: a Multidimensional Perspective*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1982.
- GARNER, D. M. - GARFINKEL, P. E. *Handbook of psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia*. New York: The Guilford Press, 1985.
- GARNER, D. M. - OLMSTED, M. - POLIVY, J. *Manual for Eating Disorder Inventory (EDI)*. Toronto: Psychological Assessment Resources, 1983.
- GORDON, R. A. *Eating disorders: Anatomy of social epidemic*. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2000.
- HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.
- HAJNÝ, M.: Srozumitelnost symptomů u poruch příjmu potravy (výňatek z disertační práce), Praha: FF UK, 1998. Dostupné z <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/88-srozumitelnost-symptom-u-poruch-pijmu-potravy> [cit. 25. 7. 2011].
- HALMI, K. A. Anorexia Nervosa: Demographic and Clinical Features in 94 Cases. *Psychosomatic Medicine*. vol. 36, no. 1,1974, s. 213 – 225.
- HARRIS, D. - KUBA, S. Ethnocultural identity and eating disorders in women of color. *Professional psychology: Research and practice*, vol. 4, no. 28, 1997, s. 341-347.

- HAWORTH-HOEPPNER, S. The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage and the Family*. vol.62, no.1, 2000, s. 212-227.
- HELLER, J. - PECINOVÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996. 162 s. ISBN 80- 7169-277-8.
- HERPERTZ-DALMANN, B. - Remschmidt, H. Depression in Anorexia nervosa at follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 14, no. 2, 1993, s. 163 – 169.
- HOLDEN, N. L. Is Anorexia Nervosa an Obsessive – Compulsive Disorder? *The British Journal of Psychiatry*, no. 157, 1990, s. 1-5.
- HOLDERNESS, C. C. - BROOKS-GUNN, J. - WARREN, M. P. Co-Morbidity of Eating Disorders and Substance Abuse. Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 16, no.1, 1993, s. 1–34.
- HÖSCHL, C. - LIBIGER, J. - ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. 859 s. ISBN 809-00-1307-4.
- HSU, L. K. G. *Eating Disorders*. New York: Guildford Press, 1990.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- KANSI, J. - WICHSTROM, L. - BERGMAN, L. R. Eating problems and the self-concept: Results based on representative sample of Norwegian adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence* [online]. vol.32, no.5, New York: 2003, s. 325-335.
- KOCKOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997.
- KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2003. 170 s. ISBN 80-24705-27-3.
- KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 256s. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, F. D. - DRÁBKOVÁ, H. Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci české mládeže. *Čs. psychiatrie* 92, 1996, s. 237–247.
- KRCH, F. D. - FALTUS, F. Výskyt psychopatologické symptomatiky u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy. *Čs. psychiatrie* 84, 1988, s. 384–391.

- KRCH, F. D. - RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. 91 s. ISBN 80-85872-86-2.
- LAGER, E. G. - MCGEE, B. R. Hiding the anorectic: A rhetorical analysis of popular discourse concerning anorexia. *Women's Studies in Communication* [online]. vol. 26, no. 2, Los Angeles, 2003, s. 266–295.
- MEADOW, R. M. - WEISS, L. *Women's conflict about eating and sexuality: The relationships between food and sex*. New York: Harrington Park press, 1992.
- Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize). Praha: Psychiatrické centrum, 1992.
- MILGRAM, G. G. *The Facts About Drinking*. New York: Consumers Union of United States, Mount Vernon, 1990.
- MILLER, M. N. - PUMARIEGA, A. J. Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry* [online]. New York: 2001. vol. 64, no. 2, s. 93–110.
- MINUCHIN, S. - ROSMAN, B. L. - Baker, L. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
- NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami*. Praha: Sportpropag, 1998.
- NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6.
- NOCIAR, A. *Alkohol, drogy a osobnost'*. Bratislava: Asklepios, 2001. 364 s. ISBN 80-7167-044-8.
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-851-2132-8.
- PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.
- PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PALAZZOLI, M. S. *Self-starvation: From the intrapsychic to transpersonal approach to anorexia nervosa*. Sussex: Human context books, 1974.
- PESA, J. Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *The Journal of School Health* [online]. Kent: 1999. vol. 69, no. 5, s. 196-201.
- POLIVY, J. - HERMAN, C. P. Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology* [online]. Palo Alto: 2002. vol. 53, s. 187-213.
- POLIVY, J. - HERMAN, C. P. Sociocultural idealization of thin female body shapes: an introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social and Clinic Psychology* [online]. New York: 2004. vol. 23, no.1, s. 1-6.

- POPE, H. G., HUDSON, J. I. Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 8, no. 1, 1989, s. 1–9.
- PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994. 85 s. ISBN 80-85800-18-7.
- ROYCE, E. J. *Alcohol Problems and Alcoholism*. New York: The Free Press, 1989.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990. 432 s. ISBN 80-7038 -078-0.
- SEKYROVÁ, K. Faktory přispívající ke vzniku poruch vnímání vlastního těla a psychogenních poruch příjmu potravy s důrazem na faktory sociálně kulturní (diplomová práce). Praha: FFUK, 1998.
- SHAHPESANDY, H. M. Patofyziológia závislosti od alkoholu a iných psychoaktívnych látok, In: *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, Bratislava Obzor 40/2005, str. 29-38, ISSN 0862-0350.
- SHISSLAK, C. M. a kol. Spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 18, 1995, s. 209-219.
- SHORE, R. - PORTER, J. a kol. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Adolescence: Effects of Age and Menstrual Status on Psychological Variables. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, no. 3, 1995, s. 378–382.
- STEINER, H. - SANDERS, M. - RYST E. Precursors and Risk Factors of Juvenile Eating Disorders. *Eating Disorders in Adolescence*. ed. Steinhausen, H. C. Berlin/New York: Walter de Gruyter, 1995.
- STEINGLASS, J. Alcoholic family at home. Patterns of interaction in dry, wet and transitional stages of alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, vol. 38, 1981, s. 578-584.
- STEINHAUSEN, H. C. - GLANVILLE, K. Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings. *Psychological Medicine*, Cambridge University Press, no. 13, 1983, s. 239-249.
- STRIEGEL-MOORE, R. H. - SILBERSTEIN, L. R. - RODIN, J. The Social Self in Bulimia Nervosa: Public Self-consciousness, Social Anxiety, and Perceived Fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology* [online], vol. 102, 1993. s. 297-303.
- SWIFT, R. M.- STOUT, R. L. The relationship between craving, anxiety, and other symptoms in opioid withdrawal. *Journal of Substance Abuse*, vol. 4, no. 1, 1992, s. 19-26.
- TOPINKOVÁ, D. Příspěvek k problematice komorbidity poruch příjmu potravy a závislosti na látce u žen (diplomová práce). Praha: FFUK, 1999.

- TWAMLEY, E. W. - DAVIS, M. C. The sociocultural model of eating disturbance in young women: The effects of personal attributes and family environment. *Journal of Social and Clinical Psychology* [online], vol. 18, no. 4, New York: 1999, s. 467-489.
- URBAN, E. *Toxikomanie*. Praha: Avicenum, 1973. ISBN 0807373.
- VEREŠOVÁ, M. *Mediátory užívania drog*. Nitra: 2004. 394 s. ISBN 80-8050-767-8.
- VEREŠOVÁ, M. - ONDRUŠKOVÁ, J. Osobnostná a sociálna determinácia vzniku drogových závislostí, Zborník: *Drogy – pedagogický problém?*, Nitra, 1997, str. 65-69, ISBN 80-967746-0-3.
- WONDERLICH, S. A., SWIFT, W. J. a kol. DSM – III – R personality disorders in eating disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 9, s. 607-616.
- ZIMA, T. - MAREČEK, Z. - Špičák, J. - Lukáš, M. *Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem*. Praha: Medprint, 1996. 201 s. ISBN-10: 80-85121-52-2.
- ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: UK, 1996. ISBN 80-7184-203.

PŘÍLOHY

příloha 1: dotazník

Dobrý den, dostává se Vám do rukou dotazník mapující užívání různých látek dívkami a ženami s jídelní poruchou. Prosím o laskavé vyplnění. Snažte se odpovídat upřímně a přesně. Pokud se v nabídce nevyskytuje odpověď vystihující zcela Vaši situaci, vyberte prosím odpověď co nejbližší. Dotazník je zcela anonymní, a jeho výsledky budou využity pro diplomovou práci na toto téma. Děkuji za Váš čas a ochotu, a přeji mnoho úspěchů a pohody v budoucnosti.

* Povinné

Váš věk: *

- ☐ 13 a méně
- ☐ 14-16
- ☐ 17-19
- ☐ 20-22
- ☐ 23 a více

Vaše bydliště: *

- ☐ vesnice
- ☐ město pod 30 000 obyvatel
- ☐ město přes 30 000 obyvatel

Váš rodinný stav: *

- ☐ single
- ☐ ve vztahu
- ☐ vdaná
- ☐ rozvedená
- ☐ vdova

Počet dětí: *

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 a více

Vaše obtíže se dají nejspíše popsat jako: *

- ☐ Mentální anorexie, restriktivní typ (pouze drží dietu)
- ☐ Mentální anorexie, purgativní typ (příležitostně se pročišťuje, zvrací, užívá projímadla)
- ☐ Mentální bulimie, nepurgativní typ (přejídání kompenzuje pouze cvičením a dietami)
- ☐ Mentální bulimie, purgativní typ (pravidelně se pročišťuje)

Dosavadní léčba Vaší jídelní poruchy: *

- ☐ bez léčby
- ☐ ambulantní léčba bez medikamentů (jednorázově nebo pravidelně navštěvujete psychologa nebo jiného odborníka na poruchy příjmu potravy)
- ☐ ambulantní léčba s medikamenty (jednorázově nebo pravidelně navštěvujete psychologa nebo jiného odborníka na poruchy příjmu potravy, zároveň užíváte léky předepsané psychiatrem)
- ☐ hospitalizace
- ☐ opakovaná hospitalizace

Věk, ve kterém začaly Vaše obtíže: *

- ☐ 13 a méně
- ☐ 14-16
- ☐ 17-19
- ☐ 20-22
- ☐ 23 a více

Jak často jste užila nebo užíváte látky z následujících skupin: *

	nikdy	1x nebo několikrát za život	pravidelně cca každý měsíc	pravidelně cca každý týden	denně
Laxativa (projímadla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuretika (močopudné látky, např. čaje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emetika (látky vyvolávající zvracení)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostředky na hubnutí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léky s vedlejším efektem snížení váhy (hormonální přípravky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika (léky proti bolesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotika a sedativa (léky na spaní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nikdy	1x nebo několikrát za život	pravidelně cca každý měsíc	pravidelně cca každý týden	denně
Anxiolytika (léky proti úzkosti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulancia (pervitin, extáze, kokain, amfetamin, atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiáty (opium, morfin, heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halucinogeny (LSD, PCP, lysohlávky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud jde o užívání těchto látek, došlo u Vás v posledním roce k pocitům silné touhy užívat tuto látku? *

	ano	ne
Laxativa (projímadla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuretika (močopudné látky, např. čaje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emetika (látky vyvolávající zvracení)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostředky na hubnutí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léky s vedlejším efektem snížení váhy (hormonální přípravky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika (léky proti bolesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotika a sedativa (léky na spaní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytika (léky proti úzkosti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulancia (pervitin, extáze, kokain, amfetamin, atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiáty (opium, morfin, heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halucinogeny (LSD, PCP, lysohlávky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud jde o užívání těchto látek, došlo u Vás v posledním roce k potížím v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení anebo množství látky? *

	ano	ne
Laxativa (projímadla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ano	ne
Diuretika (močopudné látky, např. čaje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emetika (látky vyvolávající zvracení)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostředky na hubnutí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léky s vedlejším efektem snížení váhy (hormonální prostředky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika (léky proti bolesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotika a sedativa (léky na spaní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytika (léky proti úzkosti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulancia (pervitin, extáze, kokain, amfetamin, atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiáty (opium, morfin, heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halucinogeny (LSD, PCP, lysohlávky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud jde o užívání těchto látek, došlo u Vás v posledním roce k tělesnému odvykacímu stavu (užívání látky k odstranění nebo zmenšení tělesných odvykacích příznaků)? *

	ano	ne
Laxativa (projímadla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuretika (močopudné látky, např. čaje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emetika (látky vyvolávající zvracení)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostředky na hubnutí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léky s vedlejším efektem snížení váhy (hormonální přípravky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika (léky proti bolesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotika a sedativa (léky na spaní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytika (léky proti úzkosti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulancia (pervitin, extáze, kokain,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ano	ne
amfetamin,atd.)		
Opiáty (opium, morfin, heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halucinogeny (LSD, PCP, lysohlávky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokud jde o užívání těchto látek, došlo u Vás v posledním roce k nárůstu tolerance (potřebě vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu)? *		

	ano	ne
Laxativa (projímadla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuretika (močopudné látky, např. čaje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emetika (látky vyvolávající zvracení)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostředky na hubnutí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léky s vedlejším efektem snížení váhy (hormonální přípravky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika (léky proti bolesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotika a sedativa (léky na spaní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytika (léky proti úzkosti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulancia (pervitin, extáze, kokain, amfetamin,atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiáty (opium, morfin, heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halucinogeny (LSD, PCP, lysohlávky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud jde o užívání těchto látek, došlo u Vás v posledním roce k zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání této látky? *

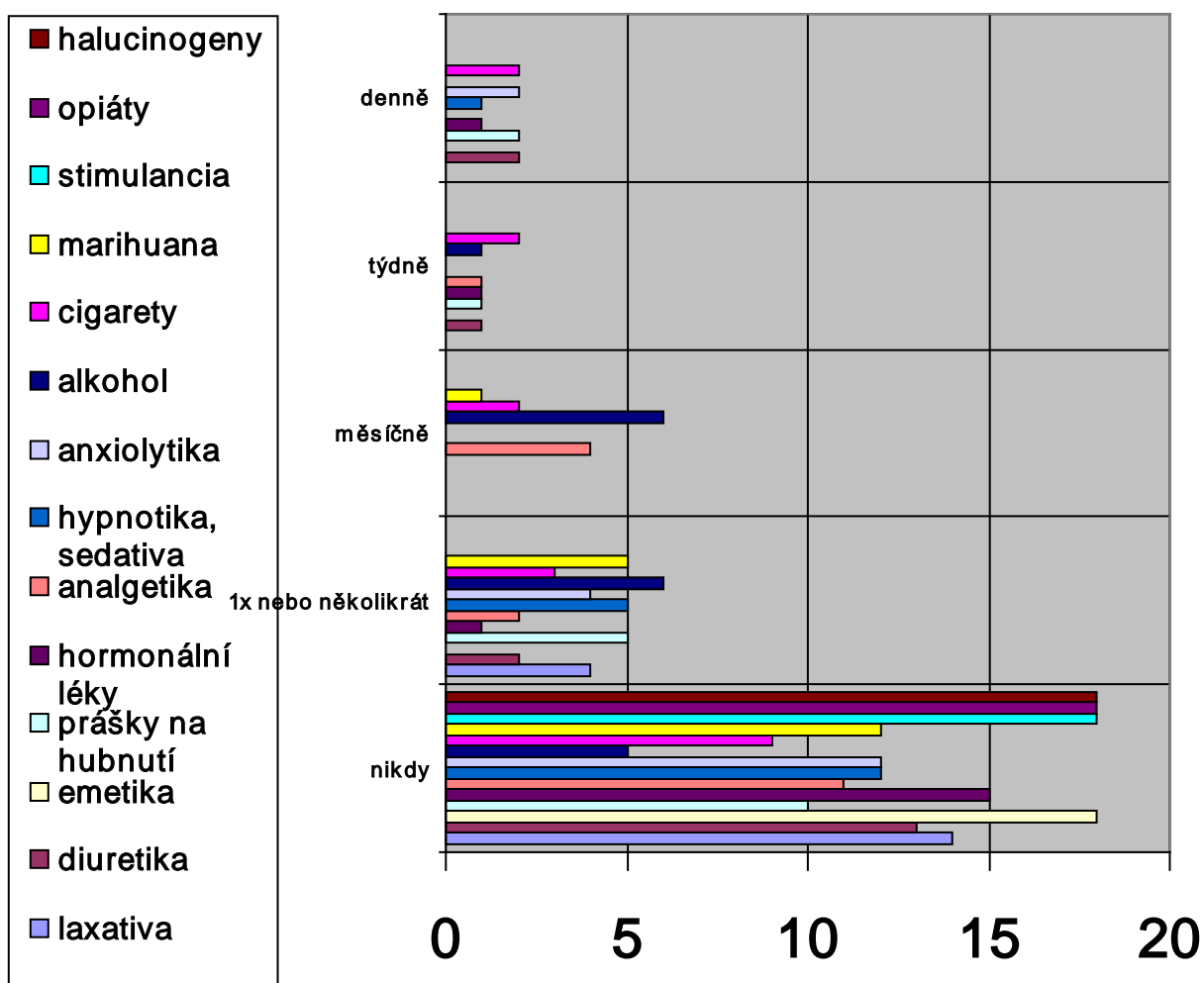
	ano	ne
Laxativa (projímadla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuretika (močopudné látky, např. čaje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emetika (látky vyvolávající zvracení)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostředky na hubnutí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léky s vedlejším efektem snížení váhy (hormonální přípravky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika (léky proti bolesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ano	ne
Hypnotika a sedativa (léky na spaní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytika (léky proti úzkosti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulancia (pervitin, extáze, kokain, amfetamin, atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiáty (opium, morfin, heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halucinogeny (LSD, PCP, lysohlávky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

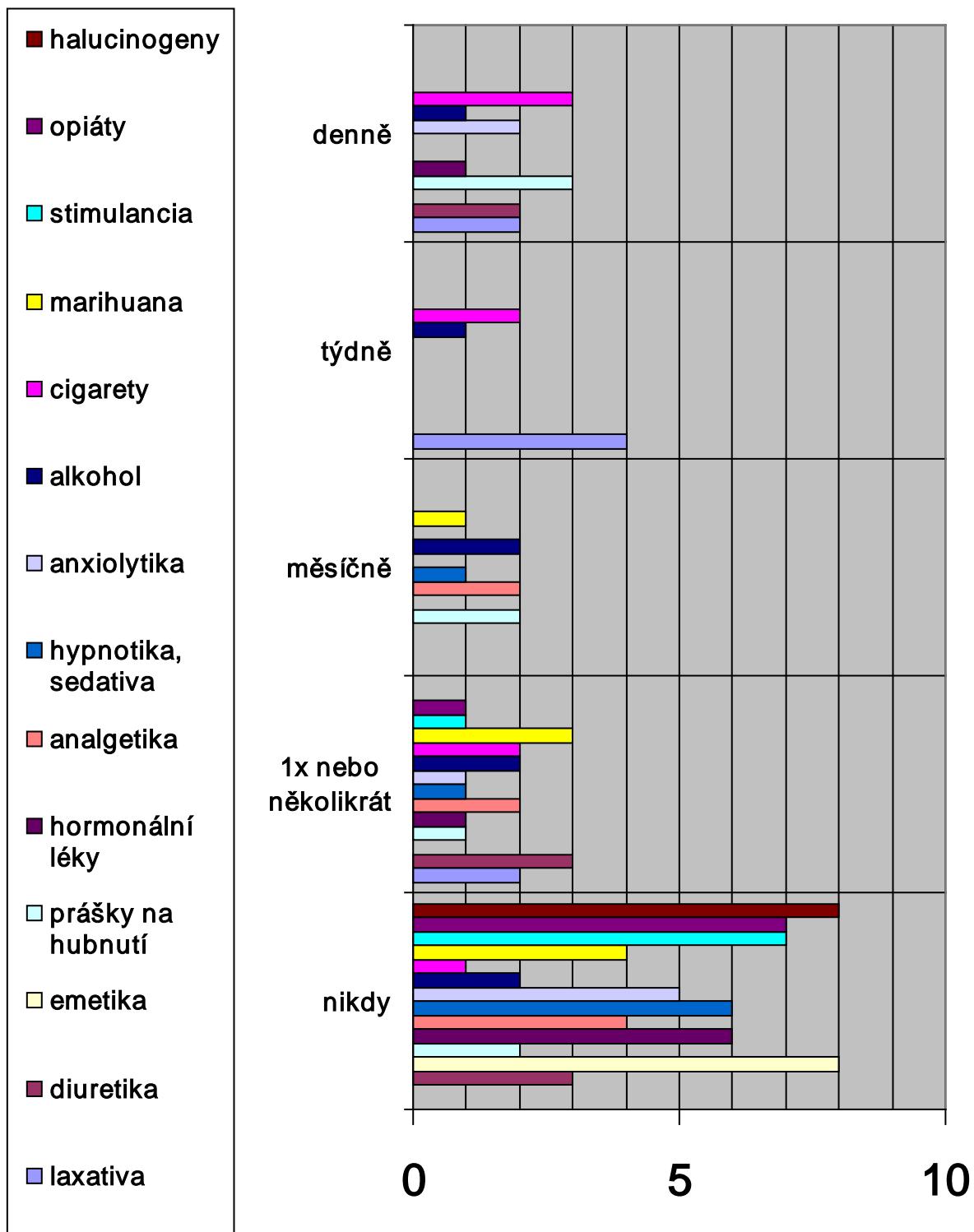
Pokud jde o užívání těchto látek, došlo u Vás v posledním roce k pokračování v užívání i přes rozvoj škodlivých následků (depresivní stavy z nadměrného užívání této látky, nákaza virovou žloutenkou, jaterní potíže, atd.)? *

	ano	ne
Laxativa (projímadla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuretika (močopudné látky, např. čaje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emetika (látky vyvolávající zvracení)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostředky na hubnutí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léky s vedlejším efektem snížení váhy (hormonální přípravky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika (léky proti bolesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotika a sedativa (léky na spaní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytika (léky proti úzkosti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulancia (pervitin, extáze, kokain, amfetamin, atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiáty (opium, morfin, heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halucinogeny (LSD, PCP, lysohlávky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

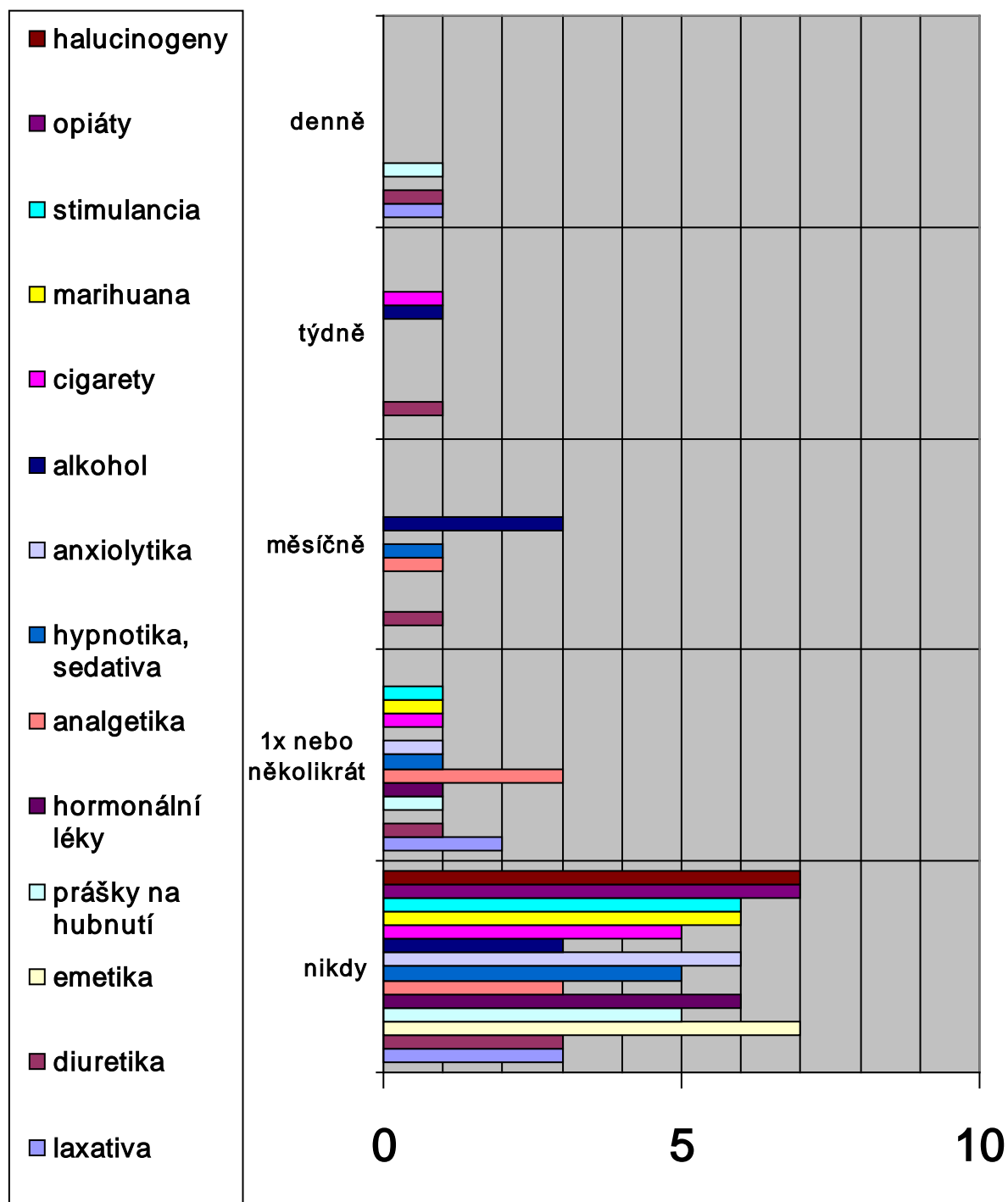
přehled frekvence užívání různých látek restriktivními anorektičkami



přehled užívání různých látek purgativními anorektičkami



přehled užívání různých látek nepurgativními bulimičkami



přehled užívání různých látek purgativními bulimičkami

